# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

# Sobre su solicitud de tratamiento

#### Date

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### Asunto: *Service requested*

Name of requesting provider solicitó a los Servicios de salud del comportamiento del condado de San Diego (el Plan) que aprobara el pago del siguiente servicio, el cual usted ya recibió: Service requested. El Plan ha denegado la solicitud de pago del proveedor.

La razón de la denegación es*Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision;* *2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

**Tenga en cuenta que esta NO es una factura por el servicio. Usted NO debe pagar los servicios que recibió.**

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. El aviso de información “Sus derechos” que se adjunta le indica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con la apelación, incluso ayuda jurídica gratuita. Recomendamos que envíe junto con la apelación cualquier información o documento que pueda ayudar en su caso. En el aviso de información “Sus derechos” que se adjunta, se indican los plazos que se deben cumplir cuando se solicita una apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se consideró para tomar esta decisión. Esto incluye una copia del lineamiento, protocolo o criterio en que basamos nuestra decisión. Para solicitarla, comuníquese con una de las agencias que se enumeran a continuación.

**Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, el Plan puede ayudarlo.**

* Para recibir ayuda con los servicios para PACIENTES AMBULATORIOS, llame al Centro del consumidor para la defensa de los derechos y educación sobre la salud (*Consumer Center for Health Education and Advocacy,* CCHEA) al 1-877-734-3258, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.
* Para recibir ayuda con los servicios RESIDENCIALES o para PACIENTES HOSPITALIZADOS, llame al Programa de defensa del paciente de JFS al 619-282-1134 o al 1-800-479-2233, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
* Si tiene dificultades de audición o del habla y necesita ayuda, llame a la línea TTY/TTD 711, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Si necesita este aviso u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, por ejemplo,

letras grandes, braille o un formato electrónico, o si desea recibir ayuda para leer el material, comuníquese con la Línea de acceso y crisis (*Access and Crisis Line*, ACL) al 1-888-724-7240.

Si el Plan no lo ayuda a su satisfacción o si usted necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor estatal de atención administrada de Medi-Cal puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamar al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico, excepto los días festivos.

Este aviso no afecta ningún otro servicio de Medi-Cal.

*Signature Block*

Adjuntos: “Sus derechos”

 Aviso de asistencia con el idioma

 Aviso de no discriminación para el beneficiario

*Enclose notice with each letter*