

# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

# Sobre su solicitud de tratamiento

#### Click or tap to enter a date.

## *Name of Beneficiary Name of Program/Clinic*

## *Address Address*

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

## 

### ASUNTO: *Service requested*

Usted actualmente recibe *Service to be terrminated*. A partir del Click or tap to enter a date., ya no aprobaremos este tratamiento.

Esto se debe a*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 plan authorization procedures that support the* *action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. El aviso de información “Sus derechos” que se adjunta le indica como 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 el Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) del Condado de Orange al (866) 308-3074.

Si quiere seguir recibiendo este servicio mientras tomamos una decisión sobre su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días desde la fecha de esta carta o antes de la fecha en que el Plan indica que se detendrá o reducirá la prestación de los servicios antes mencionados.

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

El Plan puede ayudarle si tiene alguna pregunta sobre este aviso. Para obtener ayuda se puede comunicar con el DMC-ODS del Condado de Orange de 8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes al (866) 308-3074. Si usted tiene alguna dificultad para hablar o escuchar, por favor llame a la línea TTY/TTD (866) 308-3073 de las 8:00 AM a 5:00 PM de lunes a viernes para obtener ayuda.

Si necesita este aviso u otros documentos del DMC-ODS 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 el DMC-ODS del Condado de Orange al (866) 308-3074.

Si el DMC-ODS 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.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services (QMS*

Adjuntos: “Sus derechos”

Aviso de asistencia con el idioma

Aviso de no discriminación para el beneficiario

*Enclose notices with each letter*