#

# 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*

*Name of requestor* solicito al Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) del Condado de Orange que aprobara service requested. Esta solicitud ha sido negada. La razón de la negación 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.*

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 DMC-ODS al (866) 308-3074.

Si está recibiendo servicios y usted quiere continuar recibiendo servicios mientras nos decidimos en su apelación, debe solicitar una apelación entre 10 días de la fecha en esta carta o antes de la fecha que el Plan dice que sus servicios serán terminados o reducidos.

El Plan puede ayudarlo 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 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 el DMC-ODS del Condado de Orange al (866) 308-3074.

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 (PST), excepto los días festivos.

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

*Ian Kemmer, LMFT*

*Director*

*Servicios de Autoridad y Mejora de la Calidad*

Adjunto: “Sus derechos”

 Aviso de asistencia con el idioma

 Aviso de no discriminación para el beneficiario

*Enclose notice with each letter*