**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento**

Date

Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

REF: Servicio solicitado

Name of requestor le ha pedido a la HHSA del Condado de Yolo que apruebe Service(s) requested. No podemos aprobar este tratamiento como se solicitó. 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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.

En cambio, aprobaremos el siguiente tratamiento: Service or service length approved.

Usted puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. El aviso de información adjunto "Sus Derechos" le indica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto significa también ayuda legal gratuita. Lo animamos a enviar cualquier información o documentación que puedan ser de ayuda en su apelación. El aviso de información adjunto "Sus Derechos" provee los plazos de tiempo que se deben seguir para solicitar una apelación.

Usted puede solicitar copias gratuitas de toda la información que se utilizó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la directriz, protocolo o criterios que se utilizan para tomar nuestra decisión. Para pedir esto, por favor llame a la HHSA del Condado de Yolo al (888) 965-6647.

Si usted actualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiendo los servicios mientras decidimos acerca de su apelación, usted deberá solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en la que la HHSA del Condado de Yolo diga que los servicios cesarán o se reducirán.

La HHSA del Condado de Yolo puede ayudarlo con cualquier pregunta que usted tenga acerca de este aviso. Para obtener ayuda, usted puede llamar a la HHSA del Condado de Yolo de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, al (888) 965-6647. Si tiene problemas de audición o del habla, llame al número TTY/TTD (800) 735-2929, de 8am a 5pm PST para solicitar ayuda.

**Si necesita este aviso y/o demás documentos de la HHSA del Condado de Yolo en un formato de comunicación alternativa como fuente grande, Braille, o en formato electrónico, o si necesita ayuda para leer el material, por favor, póngase en contacto con la HHSA del Condado de Yolo llamando al (888) 965-6647.**

Si la HHSA del Condado de Yolo no lo ayuda a su entera satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Ombudsman de Atención Gerenciada del Medi-Cal administrado por el Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Usted puede llamar de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, excepto los días festivos, al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

Signature Block

Adjunto: “Sus Derechos”

Enclose notice with each letter