

<IPA LOGO>

**AVISO DE ACCIÓN
Acerca de Su Solicitud de Tratamiento**

<<Date>>

<<Member Name>>
<<Address Line 1>> <<Address Line 2>>
<<City>>, <<ST>> <<Zip>>

<<Treating Provider's Name>>
<<Address>>
<<City,>> <<State>> <<Zip>>

Número de Identificación: <<Member ID Number>>; N.º de Caso: <<Insert case number>>

Asunto: <<Service Requested>>

[Name of requesting provider] solicitó a <IPA> la aprobación de *[Service requested]*. Necesitamos más tiempo para tomar una decisión. Esto se debe a que *[Insert a clear and concise explanation of the reasons for the delay, indicating the specific information or whatever additional information the plan needs what further information is needed and/or additional steps need be taken. If further information is being requested, input the deadline for receipt of information.]* Le enviaremos otra carta el *[date]* para comunicarle la decisión.

Usted puede apelar esta decisión. La carta adjunta con información sobre “Sus Derechos” le indica cómo hacerlo. Además, le informa cómo puede obtener ayuda gratuita, que puede ser ayuda legal gratuita. Puede enviar toda la información que podría ser útil para su caso. La carta “Sus Derechos” contiene las fechas límite en que puede solicitar una apelación.

La “Oficina del Defensor de los Beneficiarios” de la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal del Estado puede responder las preguntas que usted tenga. Puede llamar a la oficina al 1-888-452-8609. También puede obtener ayuda de su doctor o llamarnos al **1-800-440-IEHP (4347)**.

Esta carta no modifica su otra atención médica de Medi-Cal.

[Medical Director's Name]

Documentos adjuntos: “Sus Derechos conforme a la Atención Médica Coordinada de Medi-Cal”