

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

<Date>

<Member's Name>

<Address>

<City, State Zip>

<Treating Provider's Name>

<Address>

<City, State Zip>

Número de Identificación: <Reference Number>

**Asunto:** <Service requested>

<Name of requesting provider> ha solicitado que <IPA> apruebe <Service requested>. Esta solicitud está denegada. Esto se debe a que <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; y 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity>.

Usted puede obtener copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Para solicitarlas, llame a <IPA> al <IPA phone number>.

Usted puede apelar esta decisión. La carta adjunta con información sobre "Sus Derechos" le indica cómo hacerlo. También le informa cómo puede obtener ayuda gratuita, que puede ser ayuda legal gratuita. Puede enviar cualquier tipo de información que podría ser útil para su caso. La carta de "Sus Derechos" le indica cuál es el último día en el que usted 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 recibir ayuda de su Doctor o llamar a Servicios para Miembros de IEHP al 1-800-440-IEHP (4347), de lunes a viernes, de 7am a 7pm, y sábados y domingos, de 8am a 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347.

Esta carta no cambia su otra atención de Medi-Cal.

<Medical Director's Name>

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