

<IPA logo>

**AVISO DE ACCIÓN – CANCELACIÓN
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 to be terminated>>

Usted actualmente está recibiendo *[service to be terminated]*. Esta atención médica dejó de estar aprobada. *[Service to be terminated]* finalizará el *[date]*. 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; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity]*.

<IPA> dejará de pagar esta atención médica el *[date]*.

Usted puede obtener copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Para ello, por favor, llame a <IPA> al <IPA Contact Information>.

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. Usted 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. Usted puede llamar a la oficina al **1-888-452-8609**. También puede obtener ayuda de su doctor o llamar a <IPA Contact> al <IPA phone number and hours of operations>.

Los usuarios de TTY deben llamar al **1-800-718-4347**.

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

[Medical Director's Name or Reviewer's Name]