

**AVISO DE ACCIÓN – SERVICIOS ELIMINADOS**  
**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>>

*Esta NO es una denegación de servicios.*

El motivo de esta carta es informarle que <IPA name> no puede proporcionar la atención médica que usted solicitó para (ver arriba).

Usted puede obtener la atención médica de <Entity responsible for carved-out service>. Puede llamarlos al <telephone number>. También puede comunicarse con <IPA> y le ayudaremos a obtener la atención médica que necesita y a comunicarse con <Entity responsible for carved-out service>. <Insert additional action taken by the Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member>.

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 llame a <IPA Contact> al <IPA phone and hours of operation>. Los usuarios de TTY deben llamar al 711.

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

<Medical Director's Name or Reviewer's Name>