

## Solicitud de audiencia para adultos de Medi-Cal (nuevo servicio)

[Tu nombre completo]  
[Tu dirección]  
[Tu número de teléfono]  
[Fecha]

Re: [Nombre del beneficiario], Miembro # [Número de ID del miembro] Reclamo # [Número de reclamo]

A quien corresponda:

Le escribo para solicitar una audiencia imparcial de Medi-Cal para [Beneficiario]. [Beneficiario] está inscrito en el [Programa Medi-Cal o Proveedor de atención administrada] en [Condado].

En la [fecha], yo recibí una carta denegando la solicitud de [Beneficiario] por cobertura para [servicio] realizado por [nombre del proveedor]. La razón de la negación fue listada como [razón listada para denegación].

[Describe cualquier esfuerzo previo que hayas hecho para apelar la decisión internamente.]

El [Servicio] es médicamente necesario para asegurar que [Beneficiario] pueda comunicarse efectivamente. Adjunto una carta del [proveedor del tipo de tratamiento] de [Beneficiario], [nombre], que ha determinado que esta intervención se basa en la evidencia y es médicamente necesaria debido a [describir las necesidades específicas del beneficiario que serán atendidas por el servicio]. La intervención abordará estas necesidades mediante [describir lo que implica la intervención].

[Si es posible, añada información más detallada. Si estás incluyendo otros documentos, como evaluaciones previas, incluye una lista de lo que estás enviando aquí.]

Si necesita información adicional, puede ponerse en contacto conmigo en [número de teléfono y/o dirección de correo electrónico].

Atentamente,

[Firma]  
[Nombre escrito]

1. El departamento de bienestar del condado que aparece en la Notificación de Acción;
2. The California Department of Social Services, State Hearings Division, P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37, Sacramento, California 94244-2430;
3. A la División de Audiencias Estatales al número de fax (916) 651-5210 o (916) 651-2789; o
4. Solicite una audiencia en línea: <https://secure.dss.cahw.net.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> [1]

**Language**  
Spanish

### OFFICE OF DEVELOPMENTAL PRIMARY CARE

500 Parnassus Ave, Box 0900  
San Francisco, CA 94143  
**Phone:** (415) 476-4641 **Fax:** (415) 476-6051

- [Site Map](#)
- [UCSF Main Site](#)

© 2018 The Regents of the University of California

nuevo-servicio

**Links**

[1] <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>