

### Aviso de incumplimiento de los requisitos

Nombre del solicitante	Fecha	Núm. de caso:
Dirección del solicitante (calle, ciudad, estado, código postal)		
Nombre de la oficina del proveedor		
Dirección de la oficina del proveedor (calle, ciudad, estado, código postal)	Teléfono con código de área de la oficina del proveedor	

Según la información que recibió esta oficina, se está tomando la siguiente acción. *(Solo la casilla marcada corresponde a su caso).*

- Su solicitud de beneficios del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria, del Programa de Pago por Servicios del Título V o del Programa para la Epilepsia ha sido denegada porque:

- Usted no podrá recibir los beneficios del Programa de Servicios de Atención Médica Primaria, del Programa de Pago por Servicios del Título V o del Programa para la Epilepsia después de [dd/mm/yyyy] debido a que:

Si usted cree que esta decisión no es correcta, puede apelar la decisión solicitando una audiencia imparcial. La solicitud se debe presentar por escrito a un plazo de 20 días de que se denegaron los beneficios. Si tiene preguntas comuníquese al 800-222-3986. Comuníquese a las siguientes extensiones:

Programa de Servicios de Atención Médica Primaria, ext. 4385320  
Programa de Pago por Servicios del Título V, ext. 4382574  
Programa para la Epilepsia, ext. 4383769