

Solicitud formal de la muestra para los Servicios, Medi-Cal

<Su dirección>

<Dirección del Plan de Salud>

Fecha

A quien le interese:

Le escribo en nombre de mi hijo _____ (nombre) (fecha de nacimiento, identificación del Plan de Salud #). _____ es un miembro de su plan de salud, y es un paciente del Dr. _____ (médico de atención primaria). _____ Fue diagnosticado con (autismo / algo más) en _____ (mes / año). Le escribo para solicitar formalmente una evaluación para (describir lo que está solicitando: evaluación de la terapia del habla, la evaluación ABA), y la terapia subsecuente en la frecuencia y la cantidad especificada por la evaluación. Solicite este servicio desde _____ (describa: Dr. _____, o cuando llamé a servicios para los miembros) en _____ (fecha). Anote lo que ocurrió. Por ejemplo, me dijeron que estaban buscando a los proveedores, pero no me llamaron para avisarme, me dijeron que buscar los servicios del centro regional, etc ...), pero la ley requiere que usted me notifique por escrito. Por lo tanto, solicito formalmente estos servicios, así como solicitar una respuesta por escrito rápida.

Le doy las gracias en avanzado por su respuesta rápida.

Atentamente,