(CRS Regional Contractor Letterhead)

Notice of Decision by CRS
on
ALTCS/Acute Care Contractor Request for Review

Date

To: ALTCS/Acute Care Contractor Name

Address

Re: (*Member name, CRS Member # and AHCCCS ID#*)

Dear: (*Plan Medical Director*)

We received your Request for Review dated _____ asking us to review our decision to _____.

After reviewing our original decision, we have decided (*that the first decision was right/* ***or****/ to change our decision to* _____.) We have made this decision based on *(Please include the legal citations or authorities supporting the determination.)*

If you do not agree with our decision you may file a request for a hearing with the AHCCCS Administration within 30 days of receipt of this letter.

If you have questions, please call us at *(XXX) XXX-XXXX.*

Sincerely,

_____
CRS Regional Medical Director

Effective Date: 1/1/2008

(Usar Papel de Membrete del Contratista Regional de CRS)

Aviso de la Decisión por CRS sobre su Solicitud para una Revisión para el Plan de Salud AHCCCS/Contratista del Programa

Fecha

A: Nombre del Plan de Salud
Dirección

Re: *(Nombre del miembro, # miembro de CRS e # identificación de AHCCCS)*

Estimado: *(Director Médico del Plan)*

Hemos recibido su solicitud para una revisión, con fecha _____, pidiéndonos considerar nuestra decisión sobre_____.

Después de examinar la decisión original, se ha determinado *(que la primera decisión estaba correcta o/ cambiar nuestra decisión a _____.)* Se ha tomado ésta medida basado en lo siguiente *(Incluya por favor las citaciones legales o las autoridades que apoyen la determinación.)*

Si usted no esta de acuerdo con nuestra decisión, puede solicitar una audiencia con la Administración de AHCCCS dentro de los 30 días siguientes a que reciba esta carta.

Si usted tiene preguntas, favor de llamarnos al *(XXX) XXX-XXXX*.

Sinceramente,

_____
Director Médico Regional de CRS