**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento - Aviso sobre el sistema de entrega**

*Fecha*

*Nombre del miembro Nombre del proveedor tratante*

*Dirección Dirección*

*Ciudad, estado, código postal Ciudad, estado, código postal*

**ASUNTO:** *Servicio solicitado*

Este aviso le informa que *Plan* ha determinado que su condición de salud mental o trastorno por consumo de sustancias no cumple los criterios de necesidad médica para ser elegible para recibir servicios especializados de salud mental o servicios por trastorno de consumo de sustancias.

1. *Una descripción de los criterios o las directrices utilizados, incluyendo una referencia de las normas y los procedimientos de autorización del condado que respaldan la acción; y,*
2. *Los motivos clínicos de la decisión sobre la necesidad médica*.

Aunque no califique para recibir servicios de salud mental especializados o servicios para trastornos por consumo de sustancias, es posible que pueda recibir servicios de salud mental no especializados de *Health County o de la entidad responsable de los servicios de salud mental o servicios para trastornos por consumo de sustancias, por ejemplo, un proveedor de atención médica física*. Puede llamar al *teléfono.* ***[Si corresponde, escriba las medidas adicionales tomadas por el plan de salud conductual para coordinar la atención o el seguimiento adicional que necesita el miembro]****.*

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. El aviso informativo adjunto “Sus derechos” le explica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le recomienda enviar junto con su apelación cualquier información o documento que pueda ser útil para la misma. El aviso informativo adjunto “Sus derechos” proporciona los plazos que debe seguir cuando solicita una apelación.

Puede solicitar copias gratis de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de las directrices, el protocolo o los criterios que utilizamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar esto, llame a *Plan* al *teléfono*.

Si actualmente está recibiendo servicios y quiere seguir recibiéndolos mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días desde la fecha de esta carta o antes de la fecha en que su plan de salud conductual indica que se suspenderán o reducirán los servicios.

El Condado puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a *Plan* de *horario de atención* al *teléfono de servicios para miembros del plan*. Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al teléfono TTY/TDD, *teléfono TTY/TDD*, entre *horario de atención*, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso u otros documentos de Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o formato electrónico, o si quiere obtener ayuda para leer el material, comuníquese con *Plan* llamando al *teléfono*.

Si Condado no lo ayuda a su satisfacción o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del Pueblo de la atención médica administrada de Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamar de lunes a viernes,   
de 8 a.m. a 5 p.m., PST, excepto en días festivos, al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

*Equipo de reclamaciones del condado*

Adjunto*: “Sus derechos bajo la atención médica administrada de Medi-Cal”*

Aviso de disponibilidad de frases