

NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION- Payment Denial

About Your Treatment Request

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA SOBRE BENEFICIOS Sobre su solicitud de tratamiento

Date

Beneficiary's Name

Address

City, State Zip

Número de Medi-Cal

Treating Provider's Name

Address

City, State Zip

Número de teléfono

RE: *Service requested*

Name of requesting provider ha solicitado que el departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda County apruebe: *Service requested*. No podemos aprobar este tratamiento como fue solicitado. Esto es porque *Using plain language, insert: 1. A clear and concise explanation of the reasons for the decision; 2. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and authorization procedures that support the action; and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

Aprobaremos en su lugar el siguiente tratamiento: *Service or service length approved*.

Usted puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. El aviso de información "Sus derechos" que está adjunto le indica cómo. También le informa dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le recomienda enviar con su apelación cualquier información o documentos que puedan ayudar a su apelación. El aviso de información "Sus derechos" que está adjunto indica los plazos de tiempo que debe seguir al solicitar una apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que fue utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, el protocolo o los criterios que

hemos utilizado para tomar nuestra decisión. Para solicitarlo, favor de llamar al *proveedor* al *número de teléfono indicado arriba*.

Si usted está actualmente recibiendo servicios y desea seguir obteniendo servicios mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación en el plazo de 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en que su plan de salud mental indique que los servicios serán suspendidos o reducidos.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga acerca de este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar entre 8 a.m. y 5 p.m., de lunes a viernes, al 1-800-779-0787. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al número TDD 1-888-484-7200, de 8 a.m. a 5 p.m., de lunes a viernes, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato alternativo de comunicación, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si le gustaría recibir ayuda para leer el material, favor de comunicarse con el Centro de Acceso a la Salud Conductual llamando al 1-800-779-0787.

Si el Plan no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Ombudsman de Cuidados Administrados de Medi-Cal del Estado puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST (hora estándar del Pacífico), excepto en días festivos, al 1-888-452-8609.

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

Adjuntos: Aviso de Determinación Adversa Sobre Beneficios (NOABD) “Sus Derechos”

Mensajes de asistencia de idiomas

Aviso de No Discriminación del beneficiario

Enclose notice with each letter

