

NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION- 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*

Este aviso le informa que el departamento de Servicios de Salud Conductual de Alameda County ha determinado que su condición de salud mental no cumple con los criterios de necesidad médica para ser elegible para los servicios especializados de salud mental. *Using plain language, insert: 1. A description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and, 2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity.*

A pesar de no calificar para los servicios especializados de salud mental, es posible que reciba servicios de salud mental que no sean de especialidad de *Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider.*

Puede llamarlos al telephone number. If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member.

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