Logo

Description automatically generated with medium confidence

# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

# Sobre su solicitud de tratamiento

#### Click or tap to enter a date.

|  |  |
| --- | --- |
| Beneficiary’s Name | Treating Organization’s Name |
| Address | Address |
| City, State Zip | City, State Zip |

### Asunto: *Service requested*

En este aviso, se le informa que los Servicios de Salud Conductual del Condado de Orange (BHP) han determinado que su condición de salud mental o trastorno por uso de sustancias no cumple con los criterios de necesidad médica para ser elegible para 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*.

Aunque usted no califica para recibir servicios especializados de salud mental, es posible que pueda recibir servicios no especializados de salud mental por parte de *Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider**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****.*

Puede apelar esta decisión si considera que es incorrecta. El aviso de información "Sus derechos bajo la atención administrada de Medi-Cal" que se adjunta le indica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con la apelación, incluso ayuda jurídica gratuita. Recomendamos que envíe junto con la apelación cualquier información o documento que pueda ayudar en su caso. En el aviso de información "Sus derechos bajo la atención administrada de Medi-Cal" que se adjunta, se indican los plazos que se deben cumplir cuando se solicita una apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se consideró para tomar esta decisión. Esto incluye una copia del lineamiento, protocolo o criterio en que basamos nuestra decisión. Para solicitarla, comuníquese con el BHP del Condado de Orange al (866) 308-3074.

Si está recibiendo servicios actualmente y quiere seguir recibiéndolos mientras tomamos una decisión 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 el Plan de Salud Mental indica que se detendrá o reducirá la prestación de los servicios.

El Plan puede ayudarlo si tiene alguna pregunta sobre este aviso. Para obtener ayuda se puede comunicar con el BHP del Condado de Orange de 8:00 AM a 5:00 PM, de lunes a viernes al (866) 308-3074. Si usted tiene alguna dificultad para hablar o escuchar, por favor llame a la línea TTY/TTD (866) 308-3073, de las 8:00 AM a 5:00 PM de lunes a viernes para obtener ayuda.

Si necesita este aviso u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, por ejemplo, letras grandes, braille o un formato electrónico, o si desea recibir ayuda para leer el material, comuníquese con el BHP del Condado de Orange al (866) 308-3074.

Si el Plan no lo ayuda a su satisfacción o si usted necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor Estatal de Atención Administrada de Medi-Cal puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamar al 1-888-452-8609, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora estándar del Pacífico (PST), excepto los días festivos.

Este aviso no afecta ningún otro servicio de Medi-Cal.

*Azahar V. Lopez, PsyD, CHC*

*Assistant Deputy Director*

*Quality Management Services*

Adjunto: "Sus derechos bajo la atención administrada de Medi-Cal"

Aviso de disponibilidad

Aviso de no discriminación para miembros

*Enclose notice with each letter*