# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS

# Sobre su Solicitud de Tratamiento

#### **Date**

## *Beneficiary’s Name* *Treating Provider’s Name*

*Address* *Address*

*City, State Zip* *City, State Zip*

### Asunto: ***Service requested***

*Name of requestor* Usted está recibiendo *service to be terminated.* Comenzando el *Fecha de terminación* No podremos en adelante aprobar este tratamiento. 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 reference to the specific regulations or plan authorization procedures that support the action;* *and 3. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity*.

Usted podrá apelar esta decisión si piensa que es incorrecta. El aviso de información adjuntada “Sus Derechos” le dice cómo. También le dice dónde puede encontrar ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le incentiva enviar con su apelación cualquier información o documentos que pudieran ayudar en su apelación. El aviso de información adjuntada “Sus Derechos” le proporciona los lapsos que usted deberá seguir cuando solicita una apelación.

Usted podrá pedir copias gratuitas de toda la información usada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia del lineamiento, protocolo, o criterio que usamos para tomar nuestra decisión. Para pedir esto, por favor llame aServicios de Salud de la Conducta y Rehabilitación al1-888-818-1115.

Si usted quiere seguir recibiendo este servicio mientras decidimos su apelación, debe pedir una apelación dentro de los 10 días de la fecha de esta carta, o antes de la fecha que dice que los servicios de su plan de salud mental serán suspendidos o reducidos.

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

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para ayuda, puede llamar a Servicios de Salud de la Conducta y Rehabilitación en días laborables entre las 8:00am y 5:00pmal 1-888-818-1115. Si tiene dificultad para hablar o escuchar, por favor llame TTY/TTD número 711, en días laborables entre 8:00am y 5:00pm para ayuda.

.

Si usted necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicado alternativo tales como letras grandes, Braille, o un formato electrónico, o, si le gustaría obtener ayuda para leer el material, por favor contacte a Servicios de Salud de la Conducta y de Rehabilitación llamando al 1-888-818-1115.

Si el Plan no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor de Cuidados Administrados del Medi-Cal del Estado puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, 8am a 5pm PST, excluyendo feriados, al 1-888-452-8609.

Durante la emergencia de Covid 19, los beneficiarios que reciben un NOABD o un NAR que respalda una determinación adversa de beneficios tienen 120 días adicionales por encima de los 120 días iniciales permitidos para solicitar una audiencia imparcial del estado (240 días en total).

*Signature Block*

Documentos Adjuntos: “Sus Derechos”

Mensajes de Asistencia de Idiomas

Aviso de No Discriminación del Beneficiario