# “Delivery System”

**"Sistema de entrega"**

# NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION

# About Your Treatment Request

# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA PARA LOS BENEFICIOS

# Acerca de su solicitud de tratamiento

#### Date

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

*Address* *Address*

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

### ASUNTO: *Service requested*

Este aviso le informa que San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) ha determinado que su condición de salud mental 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 no califica para servicios especializados de salud mental, es posible que pueda recibir servicios de salud mental no especializados del *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****.*

Puede apelar esta decisión si la considera incorrecta. El aviso de información adjunto titulado "Sus derechos" le explica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe con su apelación cualquier información que pueda ayudarle. El aviso de información adjunto "Sus derechos" proporciona los plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la disposición actual de los beneficios, la guía, el protocolo o los criterios en los que basamos nuestra decisión. llame a departamento de Quality Management al (650) 573-3431.

Si actualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiendo servicios mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación **dentro de los 10 días** a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que el Plan de salud mental dice que los servicios se suspenderán o reducirán.

El departamento de Quality Management puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a Quality Management en el siguiente horario de lunes a viernes, 8am a 5pm PST al (650) 573-3431. Si tiene problemas auditivos o de hablar, llame al número TTY/TTD (800) 855-7100, disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana para recibir ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del BHRS en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con BHRS llamando al (800) 388-5189*.*

Si BHRS no lo ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlo de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, excepto días festivos, al 1-888-452-8609.

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

*Signature Block*

Adjunto: "Sus derechos"

*Enclose notice with each letter*