



DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES  
**BEHAVIORAL HEALTH AND  
RECOVERY SERVICES**

Promoting and protecting health, well-being, self-sufficiency, and safety of all in Marin County.



**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS  
Sobre su solicitud de tratamiento**

Lisa Warhuus, PhD  
DIRECTOR

Todd Schirmer, PhD  
ASSISTANT DIRECTOR

20 North San Pedro Road  
San Rafael, CA 94903  
415 473 6809 T  
415 473 7008 F  
TTY Dial 711  
marinhhs.org/bhrs

**Date**

<b>[Member's Name]</b>	<b>[Treating Provider's Name]</b>
<b>[Address]</b>	<b>[Address]</b>
<b>[City, State Zip]</b>	<b>[City, State Zip]</b>

**REF.: Service requested**

Este aviso informa que Marin Behavioral Health and Recovery Services determinó que su condición de salud mental o trastorno por consumo de sustancias no cumple los criterios de necesidad médica para ser elegible para servicios especializados de salud mental o servicios por trastorno por consumo de sustancias. *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 califique para recibir servicios especializados de salud mental o servicios para trastornos por consumo de sustancias, es posible que pueda recibir servicios no especializados de salud mental de **[Health County or Entity responsible for mental health services or substance use disorder services, e.g., physical health care provider]**. You can call them at **[telephone number]**. **[If applicable, insert additional action taken by the Behavioral Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member].**

Puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. El aviso informativo adjunto "Sus derechos" explica cómo hacerlo. También indica dónde puede obtener ayuda para su apelación. Esto también significa asistencia legal gratuita. Se le anima a que envíe con su apelación cualquier información o documento que pueda servir de apoyo para su apelación. El aviso informativo adjunto "Sus derechos" proporciona los plazos que debe seguir cuando pide una apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información usada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la directriz, protocolo o criterios que usamos para tomar nuestra decisión. Para pedir esto, llame a Behavioral Health and Recovery Services al 1-888-818-1115.

Si está recibiendo servicios y quiere seguir recibéndolos mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en que su plan de salud conductual diga que se suspenderán o reducirán los servicios.

El condado puede ayudar a responder cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a Behavioral Health and Recovery Services los días entre semana entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m. al 1-888-818-1115. Si tiene problemas para hablar u oír, llame al número TTY/TTD 711, los días entre semana entre 8:00 a. m. y 5:00 p. m para obtener ayuda.

**Si necesita este aviso u otros documentos del condado en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si quisiera ayuda para leer el material, comuníquese con Behavioral Health and Recovery Services llamando al 1-888-818-1115.**

Si la ayuda del condado no es satisfactoria para usted o necesita más ayuda, State Medi-Cal Managed Care Ombudsman Office puede ayudar a responder cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. (hora estándar del Pacífico), excepto feriados, al 1-888-452-8609.

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

*Signature Block*

Adjunto: *“Sus derechos según la atención administrada de Medi-Cal”*  
Aviso de disponibilidad