



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

[Member's Name]
[Address]
[City, State Zip]

[Treating Provider's Name]
[Address]
[City, State Zip]

REF.: *Service requested*

[Name of requestor] pidió a Behavioral Health and Recovery Services que apruebe *[Service requested]*. No podemos aprobar este tratamiento como se pide. Esto se debe a que *[Using plain language, insert for the following three requirements:*

- 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].*

En su lugar aprobaremos el siguiente tratamiento: *[Service or service length approved]*.

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 Plan 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 Plan 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 Plan 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