



## AVISO DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ADVERSOS SOBRE SUS SERVICIOS DE SALUD CONDUCTUALES

**Fecha:** Click or tap to enter a date.

**Para:**

**De:** CommCare, en nombre de la organización de salud conductual de Salish (SBHO)

1627 Main Street, Suite 700  
Kansas City, MO 64108

**Referencia #:** Click or tap here to enter text.

Esto es para hacerle saber sobre una acción que estamos planeando tomar con respecto a los servicios de salud comportamiento financiados por Medicaid que usted solicitó o está recibiendo actualmente.

**Su servicios a será:**

- HA SIDO NEGADO**      **Fecha de Vigencia**
- SUSPENDIDA**      **Fecha de Vigencia**
- TERMINADA**      **Fecha de Vigencia**
- REDUCIDA**      **Fecha de Vigencia**  
**De            A**
- OTROS (especifique):**      **Fecha de Vigencia**

**La razón de esta decisión es:**

- Ya no eres un residente en el área de servicio. Póngase en contacto con el siguiente para aprender más sobre servicios en su área:
- Usted no cumple con criterios de Access to Care y / o los criterios de necesidad médica porque (especificar):
- Usted no cumple con criterios de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) o Medica Criterios de necesidad debido a (especificar):
- Usted no cumple con los requisitos de evaluación como parte de los puntos fuertes y las necesidades de los niños y adolescents Algoritmo de evaluación (CANS).
- Otros (especificar):

**La decisión se basa en las siguientes normas o reglamentos:**

Choose an item.

Sin embargo, usted tiene derecho a una segunda opinión y puede solicitar otra evaluación de la ingesta.

Comuníquese con CommCare sobre el contenido de este: 1-877-777-1388

CC:Provider/Facility

## **TIENEN DERECHO A SUS**

**REGISTROS:** Usted tiene el derecho de acceder a todos los expedientes y documentos relacionados con este aviso bajo petición y gratuitamente, incluyendo ser proporcionado por escrito la clínica racional, una descripción clínica más detallada de la no-certificación razón. Para solicitar ver sus registros o solicitar copias, incluyendo la justificación clínica, por favor comuníquese con CommCare al 1-877-777-1388 o envíe su solicitud por escrito a la dirección anterior. Se deberá completar una versión firmada de los registros.

## **SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN:**

*Para todos los servicios de salud conductual que no sea un envoltivo con servicios intensivos (WISe),* usted tiene derecho a apelar. Si eliges este derecho, usted tiene 60 sesenta días calendario desde la fecha de este aviso para solicitar o presentar una apelación. Su proveedor de salud mental, con su permiso por escrito, también puede presentar una apelación en su favor.

Las políticas escritas y los procedimientos están disponibles bajo petición. Para solicitar o presentar una apelación, CommCare en 1-877-777-1388 o enviar su apelación a la dirección arriba.

*Para un envoltivo con servicios intensivos (WISe),* usted tiene el derecho de apelar. Si elige este derecho, tiene sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de este aviso para solicitar o presentar una apelación. Su proveedor de salud conductual, con su permiso por escrito, también puede presentar una apelación en su nombre.

Las políticas y procedimientos escritos están disponibles a pedido. Para solicitar o presentar una apelación, comuníquese con Salish Behavioral Health Organization al 1-800-525-5637 o envíe su apelación a:

614 Division St, MS-23  
Port Orchard, WA 98366

**SI DESEA CONTINUAR RECIBIENDO SUS SERVICIOS ACTUALES** durante la apelación del proceso de apelación, debe presentar su solicitud dentro de diez 10 días de la recepción de esta notificación.

**SI DESEA CONTINUAR RECIBIENDO SUS SERVICIOS ACTUALES** durante el proceso de apelación apelación y que solicita una apelación acelerada, usted debe presentar su solicitud dentro de diez 10 días de la recepción de este aviso.

**SI NO DESEA SEGUIR RECIBIENDO SUS SERVICIOS ACTUALES** durante el proceso de apelación apelación y que solicita una apelación acelerada, debe presentar su solicitud dentro de sesenta 60 días calendario desde la fecha de esta notificación.

**Si necesita ayuda con la presentación de un recurso de apelación** ponerse en contacto con el servicio de Ombuds de puentes SBHO en el 1-888-377-8174. El Ombuds Service está disponible sin cargo alguno para usted o su representante durante todo el proceso de apelación. Si son sordos o sordos, o tiene problemas con el habla, por favor póngase en contacto con nosotros a través de nuestro servicio de retransmisión de telecomunicaciones en 1-800-833-6384 o llame al 7-1-1.

El servicio de retransmisión serán capaces de proporcionarle el número de teléfono. Si usted necesita servicios de interpretación que se proporcionará a usted sin costo alguno.

También pueden tener otras personas de su elección lo ayude durante el proceso de apelación. Si usted quiere que alguien más

para ayudarlo, usted y su representante autorizado deben firmar, fecha y nos envía una declaración en nombre de esa persona para actuar en su nombre. Usted también necesitará firmar una liberación de la información para permitir que los BHO para comunicarse con su representante autorizado.

### **SI ESTÁ EN DESACUERDO CON UNA DECISIÓN DEL TRATAMIENTO O SU PLAN DE TRATAMIENTO:**

***Para todos los servicios de salud conductual que no sea un envoltente con servicios intensivos (WISe)***, si solicitar servicios a través de la organización de salud conductual en su área, y no está de acuerdo con una decisión de tratamiento hecha por su proveedor, usted puede intentar resolver el desacuerdo con su proveedor o ponerse en contacto con el BHO. Si usted en contacto con el BHO y la BHO defiende decisión de tratamiento del proveedor y la decisión es una negación, reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado, su desacuerdo con una decisión de tratamiento se considerará como una apelación de una Determinación de beneficio adversa.

***Para un envoltente con servicios intensivos (WISe)***, si está en desacuerdo con una decisión de tratamiento hecha por su proveedor, usted puede intentar resolver el desacuerdo con su proveedor o ponerse en contacto con el BHO. Si usted en contacto con el BHO, el BHO tratará su desacuerdo con una decisión de tratamiento como una apelación de una determinación adversa de beneficios.

### **HAY DOS TIPOS DE APELACIONES QUE PUEDE PRESENTAR:**

**Norma (30 calendario días)**: Usted o su proveedor de salud conductual actúe en su nombre puede solicitar una apelación

estándar. Debemos dar usted una decisión no más tarde de 30 días después de recibir la apelación. (Nosotros podríamos prorrogarlo hasta por 14 días si usted solicita una ampliación, o si necesitamos información adicional y la ampliación le beneficia a usted.)

### **Adelanto (rápido, 72 calendario horas)**:

Usted o su proveedor de salud conductual puede solicitar una apelación si usted o su proveedor de salud conductual cree que su vida, salud física o mental o capacidad importante de función se vería afectada gravemente por la espera de una apelación estándar. Tenemos que decidir su apelación no más tarde de 72 horas después de recibir la apelación.

- Podemos extender este plazo hasta por 14 días si usted solicita una extensión, o si podemos apoyar la necesidad de información adicional y la ampliación le beneficia a usted.
- Si extendemos el plazo, se notificará por teléfono y dar aviso por escrito dentro de 2 días calendario. Si está en desacuerdo con la decisión de ampliar el plazo, tienes derecho a presentar una queja.

### **¿CÓMO PRESENTO UNA APELACIÓN?**

#### **Para una apelación estándar**:

Usted, su proveedor de salud conductual, representante autorizado o un Ombuds debe por correo o entregar su apelación por escrito a la dirección arriba indicada. Puede presentar verbalmente, pero deben seguirse en la escritura.

#### **De una apelación acelerada (rápida)** :

Usted, su proveedor de salud conductual, representante autorizado o un Ombuds debe comunicarse con nosotros por teléfono o fax en los números siguientes.

Teléfono: 1-877-777-1388  
Fax: 1 -816-299-4641

### **¿PUEDO SEGUIR RECIBIR LOS SERVICIOS?**

Si usted está actualmente recibiendo servicios, sus servicios continuarán durante la apelación del proceso cuando:

- Su apelación se presente dentro de 10 días desde la fecha de aviso BHO/PIHP o antes de la fecha prevista de la determinación adversa de beneficios.
- Su atractivo consiste en la reducción, suspensión o cancelación de los servicios de salud conductual de Medicaid cubiertos previamente autorizados.
- No ha caducado el actual período cubierto por la autorización.
- Usted solicita servicios permanentes.

**Si nuestra decisión no está en su favor, se le pedirá que pagar por los servicios recibidos durante la apelación o la audiencia.**

### **¿LO INCLUYO CON MI APELACIÓN?**

Usted debe incluir su nombre, dirección, razones de la apelación y cualquier prueba que desee adjuntar. Usted puede enviar apoyo a los registros, cartas de su proveedor de salud mental, una lista identificando calificados testigos, u otra información que explica por qué nosotros debemos prestar el servicio. Llame a su proveedor de salud mental si usted necesita esta información para ayudarlo con su apelación.

Puede enviar esta información a lo BHO/PIHP o presentar esta información en persona.

### **¿QUÉ SUCEDE DESPUÉS DE QUE PRESENTO UNA APELACIÓN?**

Gente de la BHO/PIHP que no estuvieron involucrados en la decisión de su apelación y proporcionar una decisión por escrito dentro de 30 días calendario, a menos que se haya solicitado una extensión.

### **¿QUÉ PASA LA PRÓXIMA?**

Después de la BHO/PIHP toma una decisión sobre su apelación y usted no está de acuerdo con la decisión, puede solicitar una audiencia administrativa a través de la Oficina Estatal de audiencias administrativas (1-800-583-8271).

Usted debe solicitar una audiencia administrativa dentro de los 120 días después de recibir la decisión de PIHP/BHO. Sus servicios pueden continuarse durante el proceso de audiencia administrativa.

También se puede acceder a una vista administrativa si:

- El BHO/PHIP no presentó una respuesta por escrito dentro de los plazos permitidos; o
- Usted cree que ha habido una violación de las reglas de Washington Estado Departamento de sociales y los servicios de salud.

### **OTROS RECURSOS PARA AYUDARLE:**

SBHO puentes Ombuds servicios en:  
1-888-377-8174

Oficina SBHO:  
1-800-525-5637

Estado de Washington

Oficina de audiencias administrativas  
PO Box 42489

Olympia, WA 98504-2489

(360) 407-2700

(800) 583-8271 (llamada gratuita)

(360) 586-6563 (fax)

<http://OAH.wa.gov/Home/index/3411>

## **Asistencia está disponible:**

Si tiene alguna pregunta de la información en esta correspondencia, o si necesita la información en otro idioma, o en un formato diferente (lenguaje de señas americano, interpretación oral, braille o letra grande), llámenos al 1-877-777-1388 o comuníquese con nosotros a través de nuestro Servicio de retransmisión de telecomunicaciones (TTY) al 1-800-833-6384 o marque 7-1-1. Todos los alojamientos de formatos alternativos se proporcionan pecado costo.

If you have questions about any part of this letter, or need this form in another language or a different format such as American Sign Language (ASL), oral interpretation, Braille, or large print, please call us at 1-877-777-1388 or please contact us through our Telecommunication Relay Service (TTY) at 1-800-833-6384 or dial 7-1-1. All accommodations or requests for alternative formats are provided at no cost.