

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

**Date:** 5/13/2019

**To:** «ToName»  
«ToAddress»  
«ToCityStateZip»

**From:** **Salish Behavioral Health Organization (SBHO)**  
614 Division Street, MS-23  
Port Orchard, WA 98366



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.

Sus servicios residenciales de salud mental serán:

- HA SIDO NEGADO
- SUSPENDIDA **Fecha de Vigencia:**
- TERMINADA **Fecha de Vigencia:**
- REDUCIDA **Fecha de Vigencia:**

## La razón de esta decisión es:

Usted no cumple con los estándares de Acceso a la Atención y/o los criterios de necesidad médica porque (especificar):

Usted no cumple con criterios de la Sociedad Americana de Medicina de la Adicción (ASAM) y/o los criterios de necesidad médica porque (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). Your needs are better met through other services within the existing agency.

Ya no eres un residente en el área de servicio. Por favor, utilice la información de referencia a continuación para saber más acerca de los servicios en su área.

Otros (especificar):

**La decisión se basa en las siguientes reglas o regulaciones:** Manual de procedimiento de Wraparound with Intensive Services (WISe):

<https://www.dshs.wa.gov/sites/default/files/BHSIA/dbh/Mental%20Health/WISe%20Manual%20v%201.7-FINAL.pdf>

Comuníquese con SBHO en relación con este aviso: **Teléfono** 1-360-337-7050 or 1-800-525-5637, **Fax** 360-337-5721,

**Servicio postal** 614 Division Street, MS-23

**TIENE DERECHO A SUS REGISTROS:**

Usted tiene derecho a acceder a todos los registros y documentos relacionados con este Aviso cuando lo solicite y de forma gratuita.

- Para solicitar ver sus registros de servicio residencial o de salud mental de SUD o solicitar copias, comuníquese con CommCare al 1-877-777-1388.
- To request to view all other service records, or to request copies, please contact CommCare at 1-877-777-1388.

Deberá completarse una versión de registros firmados.

**SI NO ACEPTA ESTA DECISION**, tiene derecho a apelar. Su proveedor de salud conductual, con su permiso por escrito y la divulgación firmada de información, también puede presentar una apelación en su nombre.

Hay políticas escritas disponibles bajo petición. Para solicitar o presentar una apelación, comuníquese con SBHO al 1-800-525-5637 o envíe su apelación al fax o dirección anterior.

**SI DESEA CONTINUAR PARA RECIBIR SUS SERVICIOS PREVIAMENTE**

**AUTORIZADOS** durante el proceso de apelación, debe presentar su solicitud dentro de los diez (10) días calendario a partir de la recepción de este aviso. Esto se aplica a las apelaciones regulares y aceleradas.

**SI ESTO ES UNA AUTORIZACION DE DENIAL O LIMITADA DE UN SERVICIO CUBIERTO SOLICITADO O NO QUIERE CONTINUAR PARA RECIBIR SUS SERVICIOS PREVIAMENTE**

**AUTORIZADOS** durante el proceso de apelación, debe presentar su solicitud dentro de los sesenta (60) días calendario a partir de la fecha de este aviso. Esto se aplica a las apelaciones regulares y aceleradas.

**SI NECESITA AYUDA CON LA SOLICITUD DE UNA APARATO**, puede comunicarse con el Servicio de Defensores del Socorro de SBHO Bridges al 360-692-1582 o 1-888-377-8174. El Servicio de Defensores del Pueblo está disponible sin costo alguno para ayudarle a usted o a su representante durante

todo el proceso de apelación. Si tiene problemas para oír o sorrantes, o tiene problemas con el habla, póngase en contacto con nosotros a través de nuestro Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones al 1-800-833-6384 o marque 7-1-1.

El Servicio de Retransmisión podrá proporcionarle el número de teléfono correcto. Si necesita servicios de intérprete, se le proporcionarán sin costo alguno.

También puede hacer que otras personas de su elección lo ayuden durante el proceso de apelación. Si desea que otra persona le ayude, usted y su representante autorizado deben firmar, fecharnos y enviarnos una declaración nombrando a esa persona para que actúe en su nombre. También tendrá que firmar una divulgación de información para permitir que el SBHO se comunique con su representante autorizado.

**SI NO ACEPTA UNA DECISION DE TRATAMIENTO O SU PLAN DE TRATAMIENTO:**

**Para todos los Servicios de Salud Conductual que no sean Wraparound with Intensive Services (WISe)**, si solicita servicios a través de la Organización de Salud Conductual en su área, y no está de acuerdo con una decisión de tratamiento tomada por su proveedor, puede intentar resolver el desacuerdo con su proveedor o puede comunicarse con el SBHO. Si se pone en contacto con el SBHO, y la SBHO mantiene la decisión de tratamiento del proveedor y la decisión es una denegación, reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado, su desacuerdo con una decisión de tratamiento será tratado como una Apelación de un Determinación adversa de beneficios.

**Para Wraparound with Intensive Services (WISe)**, si no está de acuerdo con una decisión de tratamiento tomada por su proveedor, puede intentar resolver el desacuerdo con su proveedor, o puede comunicarse con el SBHO. Si se pone en contacto con el SBHO, el SBHO 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 atención de salud conductual pueden solicitar una apelación expedita si usted o su proveedor de atención de salud conductual creen que su vida, salud mental o física, o la capacidad importante para funcionar podrían verse seriamente perjudicados al esperar una apelación estándar. Debemos decidir su apelación a más tardar 72 horas después de recibir su 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 APARATO?**

**Para una apelación estándar:** Usted, su proveedor de salud conductual, representante autorizado o un Defensor del Pueblo deben enviar por correo o entregar su apelación por escrito a la dirección apropiada a continuación. Puede presentar una apelación verbalmente, pero debe seguirse por escrito.

### **Para los servicios de hospitalización residencial o psiquiátrico de SUD:**

CommCare  
1627 Main Street, Suite 700  
Kansas City, MO 64108

**Para Salud Mental Residencial:**  
Salish Behavioral Health Organization  
614 Division Street, MS-23  
Port Orchard, WA 98366

**Para una Apelación Acelerada (Rápida):** Usted, su proveedor de salud conductual, representante autorizado o un Defensor del Pueblo debe comunicarse con nosotros por teléfono o fax a los números que se enumeran a continuación.

Para los **Servicios de Pacientes Hospitalizados Residenciales o Psiquiátricos de SUD**, comuníquese con CommCare:  
Teléfono: 1-877-777-1388  
Fax: 1-816-299-4641

Para el **Residencial de Salud Mental**, comuníquese con el **SBHO**:  
Teléfono: 1-800-525-5637  
Fax: 1-816-299-4641

## **¿PUEDO CONTINUAR PARA RECIBIR SERVICIOS?**

Si actualmente está recibiendo servicios autorizados previamente, sus servicios continuarán durante el proceso de apelación cuando:

- Su apelación se presenta dentro de los 10 días siguientes a la fecha del Aviso de SBHO o antes de la fecha de vigencia prevista de la Determinación Adversa de Beneficios.
- Su apelación implica la reducción, suspensión o terminación de los servicios de salud conductual cubiertos previamente autorizados de Medicaid.
- El período actual cubierto por la autorización no ha expirado.
- Usted solicita servicios continuos.

**Si nuestra decisión no es a su favor, es posible que se le pida que pague por los servicios que recibió durante la apelación o audiencia.**

## **¿QUE INCLUYE CON MI APARATO?**

Debe incluir su nombre, dirección, razones para apelar y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar registros de apoyo, cartas de su proveedor de salud conductual, una lista que

identifique testigos calificados u otra información que explique por qué debemos proporcionar el servicio. Llame a su proveedor de salud conductual si necesita esta información para ayudarlo con su apelación.

Puede enviar esta información a la SBHO o presentar la información en persona.

### **¿QUE SUCEDE DESPUES DE PRESENTAR UNA APARATO?**

Las personas de la SBHO que no participaron en la decisión inicial revisarán su apelación y proporcionarán una decisión por escrito dentro de los 30 días calendario para una apelación estándar o 72 horas para una apelación acelerada a menos que se haya solicitado una extensión.

### **¿QUÉ PASA DESPUÉS?**

Después de que el SBHO tome una decisión sobre su apelación y usted no esté de acuerdo con la decisión, usted puede solicitar una audiencia administrativa a través de la Oficina Estatal de Audiencias Administrativas (1-800-583-8271).

Debe solicitar una audiencia administrativa dentro de los 120 días posteriores a la recepción de la decisión de SBHO. Sus servicios pueden continuar durante el Proceso de Audiencia Administrativa.

También puede acceder a una audiencia administrativa si:

- El SBHO no proporcionó una respuesta por escrito dentro de los plazos permitidos; O
- Usted cree que ha habido una violación de las reglas del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington.

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

Si usted desea presentar una queja como resultado de una prórroga, puede ponerse en contacto con lo siguiente:

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 preguntas sobre cualquier parte de esta carta, o necesita este formulario en otro idioma o en un formato diferente, como American Sign Language (ASL), interpretación oral, Braille o letra grande, llámenos al 1-877-777-1388 o comuníquese con nosotros a través de Servicio de retransmisión de telecomunicaciones (TTY) al 1-800-833-6384 o marque 7-1-1. Todas las adaptaciones o solicitudes de formatos alternativos se proporcionan sin costo alguno.

Si tiene alguna pregunta de la información en esta correspondencia, o si necesita la información en otro idioma, o en un formato (lenguaje de señas americanas, interpretación oral, braille, o letra grande), llámenos al 1-877-777-1388 o comcomivo los 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 ofrecen sin costo.