**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS**

**Acerca de su solicitud de tratamiento**

Date

Beneficiary’s Name Treating Provider’s Name

Address Address

City, State Zip City, State Zip

REF: Servicio solicitado

Este aviso le deja saber que la HHSA del Condado de Yolo ha determinado que su condición de salud mental no cumple con los criterios de necesidad médica para ser elegible para los servicios especiales 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 usted no califica para los servicios especiales de salud mental, usted puede recibir servicios no especiales de salud mental del Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider. Usted los puede llamar 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.*

Usted puede apelar esta decisión si usted considera que es incorrecta. El aviso de información adjunto "Sus Derechos" le indica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto significa también ayuda legal gratuita. Lo animamos a enviar con su apelación cualquier información o documentación que pueda ser de ayuda en su apelación. El aviso de información adjunto "Sus Derechos" provee los plazos de tiempo que se deben seguir para solicitar una apelación.

Usted puede pedir copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la directriz, el protocolo, o los criterios que se utilizaron para tomar nuestra decisión. Para pedir esto, por favor llame a la HHSA del Condado de Yolo al (888) 965-6647.

Si usted está actualmente recibiendo servicios y desea seguir recibiendo servicios mientras decidimos su apelación, usted deberá apelar dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta, o antes de la fecha en la que la HHSA del Condado de Yolo diga que los servicios cesarán o se reducirán.

La HHSA del Condado de Yolo puede ayudarlo con cualquier pregunta que usted tenga acerca de este aviso. Para obtener ayuda, usted puede llamar a la HHSA del Condado de Yolo de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, al (888) 965-6647. Si tiene problemas de audición o de habla, llame al número TTY/TTD (800) 735-2929, de 8am a 5pm PST para solicitar ayuda.

**Si necesita este aviso y/o demás documentos de la HHSA del Condado de Yolo en un formato de comunicación alternativa como fuente grande, Braille, o en formato electrónico, o si necesita ayuda para leer el material, por favor, póngase en contacto con la HHSA del Condado de Yolo llamando al (888) 965-6647.**

Si la HHSA del Condado de Yolo no lo ayuda a su entera satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Ombudsman de Atención Gerenciada del Medi-Cal administrado por el Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Usted puede llamar de lunes a viernes, de 8am a 5pm PST, excepto los días festivos, al 1-888-452-8609.

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

Signature Block

Adjunto: “Sus Derechos”

Enclose notice with each letter