



Programa de servicios especializados de salud mental de Medi-Cal
AVISO DE ACCIÓN (C)
(Rechazo de pago posterior al servicio)

Fecha: _____

Para: _____ Número de Medi-Cal _____

El plan de salud mental del Condado de Santa Barbara rechazó cambió la solicitud de su proveedor de pago de los servicios siguientes: _____

La solicitud fue realizada por: (nombre del proveedor) _____

La solicitud original de su proveedor estaba fechada el _____ y su proveedor dice que usted recibió los servicios en las fechas siguientes: _____.

Usted no debe pagar estos servicios.
Esto no cambia los servicios que usted recibirá en el futuro.

El plan de salud mental llevó a cabo esta acción basándose en la información de su proveedor por el motivo marcado a continuación:

- Su problema de salud mental, según la descripción de su proveedor, no cumplía los criterios de necesidad médica de servicios hospitalarios de pacientes internados psiquiátricos o servicios profesionales relacionados (Título 9, Código de Normas de California (California Code of Regulations, CCR), Sección 1820.205).
- Su problema de salud mental, según la descripción de su proveedor, no cumplía los criterios de necesidad médica de servicios especializados de salud mental que no sean servicios hospitalarios para pacientes internados psiquiátricos por el motivo siguiente (Título 9, CCR, Sección 1830.205): _____
- El plan de salud mental no cubre el servicio solicitado (Título 9, CCR, Sección 1810.345).
- El plan de salud mental solicitó más información de su proveedor que el plan necesita para aprobar el pago de los servicios que usted recibió. Hasta la fecha no se recibió la información.
- Otro: _____

Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede llevar a cabo una o más de las siguientes acciones llamando o escribiendo a un representante de la dirección indicada a continuación:

1. Puede presentar una apelación ante su plan de salud mental.

Debe presentar la apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha del presente aviso. En la mayoría de los casos, el plan de salud mental debe tomar una decisión sobre su apelación en un plazo de 30 días desde su solicitud. Si usted considera que una demora le causaría problemas graves a su salud mental, incluidos problemas con su capacidad de adquirir, mantener o recuperar importantes funciones vitales, puede solicitar una apelación expeditiva, la cual debe resolverse en 72 horas.

2. Si no está conforme con el resultado de su apelación, puede solicitar una audiencia estatal. En el formulario adjunto se explica cómo solicitar una audiencia.

Si tiene preguntas sobre este aviso, puede llamar para hablar con un representante de su plan de salud mental al (805) 681-4777 o escribir a: Santa Barbara County Department of Behavioral Wellness - Quality Care Management, 5385 Hollister Ave. Bldg. #14, Box 102 Santa Barbara, CA 93111.