



CONDADO DE SAN LUIS OBISPO
AGENCIA DE SALUD
AGENCIA DE SALUD & BIENESTAR
Nicholas Drews, Director de Agencia
Star Graber, PhD, LMFT, Directora de Salud & Bienestar

AVISO DE DETERMINACION DE BENEFICIOS ADVERSOS
Sobre Su Solicitud De Tratamiento

Fecha:

Este aviso le deja saber que SLOBHD ha determinado que si condición de salud mental no reúne el criterio medico necesario para ser legible para servicios de salud mental especializados. La razón de la negación es:

Aunque usted no califica para servicios de salud mental especializados, usted quizás puede recibir servicios de salud mental no especializados de Servicios para Miembros de CenCal Health al 1-800-421-2560 o del Grupo Holman 1-800-321-2843. Proporcionaremos una referencia escrita por usted al Grupo Holman. Contacte a SLOBHD Managed Care al 1-800-838-1381 para más información.

Usted puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. El aviso de información adjunto "Sus Derechos" le indica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Se le sugiere enviar con su apelación cualquier información o documentos que puedan ayudar a su apelación. El aviso de información adjunto "Sus Derechos", provee los plazos de tiempo que debe seguir cuando solicite una apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información usada para determinar esta decisión. Esto incluye una copia de la guía, protocolo o criterio que usamos para determinar nuestra decisión. Para pedir esto, por favor llame a SLOBHD Información de Salud al (805) 781-4724.

Si usted está recibiendo servicios y usted quiere continuar recibiendo servicios mientras nos decidimos en su apelación, debe solicitar una apelación entre 10 días de la fecha en esta carta o antes de la fecha que el Plan dice que sus servicios serán terminados o reducidos.

El personal de SLOBHD le puede ayudar con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para ayuda, puede llamar a SLOBHD de 8-5, M-F al 1-800-838-1381 o a la Defensora de Derechos del Paciente al (805) 781-4738. Si tiene problema en hablar o escuchar, por favor llame al 1-800-838-1381 or TTY/CRS 1-800-735-2922, entre 8-5, L-V para pedir ayuda.

Si necesita este aviso y/o otros documentos de SLOBHD en un formato alternativo como letra grande, Braille, o un alternativo eléctrico, o si necesita ayuda leyendo el material, por favor contacte SLOBHD llamando al 1-800-838-1381 o a la Defensora de Derechos del Paciente al (805) 781-4738.

Si SLOBHD no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Ombudsman de Atención Administrada de Medi-Cal del Estado puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarles de lunes a viernes, 8am a 5pm PST, excluyendo días festivos, al 1-888-452-8609.

Este aviso no le afecta a ningún otro de sus servicios de Medi-Cal.

Staff Signature

Adjunto: "Sus Derechos"
Lema de Asistencia de Idioma
Noticia de No Discriminación al Beneficiario