

**AVISO DE ACCIÓN Y DERECHOS DE AUDIENCIA** Para los beneficiarios de Medicaid  
 Southwest Michigan Behavioral Health Affiliation para los condados de Barry, Berrien, Branch, Calhoun, Cass,  
 Kalamazoo, St. Joseph y Van Buren

Nombre: \_\_\_\_\_ N° de ID: \_\_\_\_\_  
 Tutor legal o padre (según corresponda) \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Por la presente le informamos que Southwest Michigan Behavioral Health (SWMBH) ha tomado la siguiente decisión acerca de los servicios que usted ha solicitado o que recibe de nosotros. Esto **no** significa que usted perderá sus beneficios de Medicaid/ABW y no afectará a ningún otro servicio que esté recibiendo o que pudiera necesitar en el futuro.

<b>La acción que hemos tomado es:</b>	<b>Nombre de el(los) servicio(s) afectado(s)</b>	<b>Fecha</b>
<input type="checkbox"/> Servicio(s) autorizado(s)		
<input type="checkbox"/> Autorización de servicio limitado (menos de lo solicitado)		
<input type="checkbox"/> Retraso indebido del servicio (más de 14 días desde la fecha de inicio)		
<input type="checkbox"/> No se proporcionó una decisión sobre autorización / un aviso en forma oportuna		
<input type="checkbox"/> Solicitud de servicio denegada: <input type="checkbox"/> Servicio inicial solicitado <input type="checkbox"/> Solicitud de servicio continuado		
<input type="checkbox"/> Otra razón: <i>Defina</i>		

	<b>Nombre de el(los) servicio(s) afectado(s)</b>	<b>Fecha de entrada en vigencia</b>
<input type="checkbox"/> Reducción de los servicios actuales		
<input type="checkbox"/> Suspensión de los servicios actuales		
<input type="checkbox"/> Terminación de los servicios actuales		

**Si sus servicios fueron denegados, retrasados, reducidos, suspendidos o terminados se debe a:**

- En este momento, no reúne los requisitos para obtener servicios especializados de salud mental o por abuso de sustancias.** Su presentación actual supera lo que es necesario para que reuniera los requisitos para recibir servicios como una persona con una enfermedad mental grave, una discapacidad de desarrollo, un trastorno por uso de sustancias o un hijo con un trastorno emocional grave.
- Ausencia de necesidad médica.** Se ha determinado que los servicios identificados en este Aviso **no** son: adecuados o necesarios para satisfacer sus necesidades según el punto de vista clínico; no corresponden a su diagnóstico, sus síntomas o impedimentos; no es la opción más económica en el entorno menos restrictivo; o no corresponden a los estándares de atención vigentes/clínicos.
- Usted tiene otros recursos disponibles que pagarán por los servicios.** \_\_\_\_\_
- Residencia.** Usted vive fuera de nuestra área de servicio. No podemos autorizar para usted servicios continuos o servicios que no sean de emergencia.
- Residencia.** Usted reside actualmente en una institución en la cual SWMBH no puede autorizarle los servicios. (por ejemplo, cárcel, prisión, hospital del estado, centro de atención prolongada)
- No se han cumplido las metas ni los objetivos de su Plan Individual de Servicio.**
- Falta de participación.** SWMBH no puede seguir autorizándole servicios si usted no participa. Usted no ha asistido ni participado en sus servicios autorizados desde \_\_\_\_\_ (fecha): \_\_\_\_\_
- Falta de capacidad para recibir beneficios.** Se ha determinado que el(los) servicio(s) identificado(s) en este Aviso se le han proporcionado, pero no le están ayudando de una manera significativamente satisfactoria a obtener beneficios importantes, lograr las metas u objetivos de su Plan de Servicio, recuperarse de sus síntomas o mejorar sus capacidades/habilidades funcionales cotidianas para cuidar de sí mismo.
- Alta administrativa.** Según sus acciones y comportamientos, no ha demostrado cumplir con las normas administrativas del servicio que está recibiendo. SWMBH ya no puede autorizarle estos servicios.
- Usted ha solicitado que se tome la acción indicada.** \_\_\_\_\_ Ve las notas en el área de Firmas a continuación.
- Otra razón:** \_\_\_\_\_

El fundamento legal de esta decisión y de este aviso es el título 42 CFR 440.230(d) y las normas aplicables incluidas en el Michigan Medicaid Provider Manual – Capítulo: Servicios de Salud Mental y por Abuso de Sustancias.

Al dorso de esta página encontrará más información sobre los motivos de la acción tomada.

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON ESTA ACCIÓN, LEA LA SECCIÓN *SUS DERECHOS* de este Aviso.**

Firma de la persona/del tutor  
(según corresponda)

Fecha

Firma del personal / Credenciales

Fecha

Al firmar este aviso, entiendo que los cambios a mis servicios actuales pueden ocurrir el día en que lo firme.

Aviso proporcionado:  por correo  en persona

Si no entiende alguna parte de este Aviso de Acción, llame al SWMBH al 1-800-890-3712.

Todas las personas que sean sordas o que tengan dificultades de audición pueden comunicarse con nosotros a través del Michigan Relay Center (Centro de Retransmisión de Michigan, MRC por sus siglas en inglés).

Marque el 7-1-1 o el 1-800-649-3777 y diga al MRC cuál es el número con el que desea comunicarse.

**Sus derechos:** Si no está satisfecho con la acción que hemos tomado, puede:

- Solicitar una revisión de su plan o servicios con su profesional clínico primario o el supervisor de esta persona; y/o
- Solicitar una **Apelación Local** ("local appeal" en inglés) dentro de los 45 días calendario posteriores a la fecha del Aviso; y/o
- Solicitar una **Audiencia Justa de Medicaid** ("Medicaid Fair Hearing" en inglés) en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha de este aviso; y/o
- Comunicarse con la Oficina de Derechos del Beneficiario ("Recipient Rights Office" en inglés) si cree que se han violado sus derechos durante el proceso de apelación.

Puede optar por coordinar que otra persona lo represente para ejercer sus derechos, sirviendo como su representante autorizado. Esta persona puede ser su asesor legal (abogado), un familiar, un amigo, un proveedor de servicios, su tutor legal (se requiere una copia de los documentos de tutela) u otro representante. Debe dar a esta persona una autorización por escrito para representarlo, pero tal vez no sea necesario que otorgue dicha autorización si la persona es su cónyuge o su abogado.

#### **Resolución de la apelación local**

Si no está de acuerdo con esta acción, usted o su representante autorizado puede solicitar una Apelación a Nivel Local ("Local Level Appeal" en inglés). Puede hacer su solicitud verbalmente o por escrito y la misma debe recibirse en Southwest Michigan Behavioral Health en un plazo de 45 días calendario a partir de la fecha de este Aviso. Puede escribir o llamar a:

Southwest Michigan Behavioral Health  
Customer Services Department  
5250 Lovers Lane, Portage, MI 49002  
1-800-890-3712

Tiene derecho a una apelación local acelerada si el tiempo de espera estándar (de hasta 45 días calendario) para la apelación pusiera en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad. Para solicitar una apelación acelerada, debe llamar a Southwest Michigan Behavioral Health dentro de los 12 días calendario posteriores a la fecha de este Aviso.

#### **Audiencia Justa de Medicaid**

Si no está de acuerdo con esta acción, puede solicitar una Audiencia Justa de Medicaid en un plazo de 90 días calendario a partir de la fecha de este aviso. Las solicitudes de audiencia deben hacerse por escrito y deben estar firmadas por usted o su representante autorizado. Para solicitar una audiencia puede utilizar cualquier papel a fin de solicitar su audiencia por escrito y enviarlo por correo a la dirección que se incluye a continuación.

Michigan Administrative Hearing System (MAHS)  
For the Department of Community Health  
P.O. Box 30763  
Lansing, MI 48909

O puede comunicarse con Servicios al Cliente para recibir una copia del formulario formal de solicitud de audiencia ("Request for Hearing" en inglés) utilizado por MAHS.

Tiene derecho a una audiencia acelerada si el tiempo de espera estándar (de hasta 90 días) para la audiencia pusiera en grave riesgo su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar su máxima funcionalidad. Si desea solicitar una audiencia acelerada, debe llamar al número de llamadas gratuitas de la oficina del Michigan Administrative Hearing System (Sistema de Audiencias Administrativas de Michigan) al 1-877-833-0870. Es posible que el sistema de audiencias le pida que haga la solicitud por escrito.

### **Continuación de los servicios actuales durante el proceso de apelación**

Si la acción que desea apelar es una suspensión, reducción o terminación de los servicios actuales, puede pedir que sus servicios se sigan prestando si su solicitud de apelación o audiencia se realiza dentro de los 12 días calendario siguientes al recibo de este aviso; y, la autorización de sus servicios no ha vencido, y si la autorización fue ordenada por un proveedor de SWMBH autorizado o aprobado. Si los servicios continúan, usted tal vez tenga que pagar el costo de estos servicios si: la audiencia o apelación confirma esta decisión, si usted retira su solicitud de apelación o audiencia, o si usted (o su representante) no acude a la audiencia programada.

Es posible que se le pida que pague una porción de los servicios que recibió durante el proceso de apelación si el resultado de la apelación confirma la decisión que usted está apelando. Esto **NO** siempre es el caso, pero si tiene que pagar, se le notificará el monto.

### **Motivos de la Acción tomada**

El Michigan Medicaid Provider Manual – Chapter: Mental Health and Substance Abuse Services establece las normas/reglas y ofrece orientación a las agencias que ofrecen servicios de salud mental y por abuso de sustancias. Si desea consultar el manual, puede encontrarlo en [www.mdch.state.mi.us/dch-medicaid/manuals/MedicaidProviderManual.pdf](http://www.mdch.state.mi.us/dch-medicaid/manuals/MedicaidProviderManual.pdf). También puede comunicarse con el personal de Servicios al Cliente en SWMBH llamando al 1-800-890-3712 para obtener más información sobre el Manual y los motivos por los cuales se está tomando la Acción indicada en este Aviso. Las secciones específicas a tener en cuenta son:

- Sección 1.6. Información sobre los requisitos para los beneficiarios para recibir apoyos y servicios especializados de salud mental.
- Sección 2.5. Información sobre la determinación de la necesidad médica de los servicios.
- Sección 12. Información sobre los requisitos para recibir servicios, así como la intensidad y las exclusiones de servicios por abuso de sustancias.