

Division of Behavioral Health Services

Bureau of Compliance

150 North 18th Avenue, Suite 260
Phoenix, Arizona 85007
(602) 364-4558
(602) 364-4762 FAX
Internet: www.azdhs.gov

JANET NAPOLITANO, GOVERNOR
SUSAN GERARD, DIRECTOR

TO: RBHA CEOs, Medical Directors and Grievance Coordinators

FROM: Margaret Russell
Bureau Chief of Policy

SUBJECT: **POLICY CLARIFICATION: Notice of Action**

DATE: February 29, 2008

This memorandum is intended to clarify the responsibilities of Regional Behavioral Health Authorities (RBHAs) in meeting the Arizona Department of Health Services/Division of Behavioral Health Services (ADHS/DBHS) policy requirements regarding the following policies:

- Provider Manual Section 5.1, Notice Requirements and Appeal Process for Title XIX/XXI Eligible Persons;
- Provider Manual Section 5.5, Notice and Appeal Requirements (SMI and General);
- Policy and Procedure Section GA 3.3, Title XIX/XXI Notice and Appeal Requirements; and
- Policy and Procedure Section GA 3.5, Notice and Appeal Requirements (SMI and General)

Provider Manual Section 5.1 and Policy and Procedure GA 3.3 require that a notice of action be sent for the denial, reduction, suspension or termination of services. Similarly, Provider Manual Section 5.5 and Policy and Procedure GA 3.5 require that a notice of action be sent to persons determined to have a Serious Mental Illness only for Title XIX/XXI services (as indicated in PM 5.1 and GA 3.3).

As agreed with the Arizona Health Care Cost Containment System (AHCCCS), the attached updated Notice of Action must be utilized to notify persons of the denial, reduction, suspension or termination of services. Behavioral health providers must utilize the updated Notice of Action form, effective immediately. Revisions to ADHS/DBHS Provider Manual and ADHS/DBHS Policy and Procedure Manual sections are forthcoming.

If you would like to receive more information related to the completion of use of the form, please contact Kara Burke, Manager, ADHS/DBHS Office of Grievance and Appeals, at (602) 364-4572 or burkeka@azdhs.gov.

**Insert
Provider/RBHA
Logo Here**

If you have trouble reading this notice because the letters are too small or the words are hard to read, please call our office at **XXX-XXX-XXXX** and someone will help you. This letter is available in other languages and formats if you need it.

Si usted tiene problemas leyendo ésta carta por que las letras son muy pequeñas o las palabras son difíciles de leer, por favor llame a nuestras oficinas al **XXX-XXX-XXXX** y alguien le ayudará. Esta carta está disponible en otros idiomas y formatos si es que lo necesita.

NOTICE OF ACTION

TO:

Date:

FROM:

You or your health care provider have asked that **(RBHA or RBHA Contractor)** pay for *(describe services requested and the reason for the services in easily understood language)*.

OUR DECISION

(Insert action being taken here and date effective if terminating or reducing a current service).

THE REASONS FOR OUR DECISION

Facts about Your Condition or Situation that Support Our Decision

(Insert the reason for the action, which must be complete and in commonly understood language. The explanation must be both member and fact specific, describing the member's condition and the reasons supporting the RBHA or Contractor decision. If the reason for the denial is a lack of information, the missing information must be identified so the member has an opportunity to provide it.)

Legal Basis for Our Decision

We based our decision on *(insert correct legal citation here)*.

Copies of Legal Citations can be found at the local library or at www.azahcccs.gov/regulations/lawsregulations.

**For translation or alternative format requests, call [insert 1-800 and local number]
Para recibir esta forma en español, llame al: [insert 1-800 and local number]**

YOUR RIGHTS IF YOU DISAGREE WITH THIS DECISION

If you are not happy with this decision, you can ask us to look at the decision again. This is called an appeal. You can appeal by telling us over the phone or in writing. You must call us at (*insert grievance phone number*) or write us by completing [PM Form 5.3.1, ADHS/DBHS Appeal or SMI Grievance Form](#), by (*insert date, no later than 60 calendar days after the date of this Notice*).

If you are writing your appeal, please send it to (*insert Contractor mailing address here*).

You can also see your medical records and get other information about your appeal. Before we make our decision, you can give us any information that you think will be helpful. You can ask us to set up a meeting so that you can give us the information in person, or you can give it to us in writing.

After we review your appeal, we will send you our decision in writing within 30 days of the date we received your appeal request.

IF YOU NEED A FASTER DECISION ON YOUR APPEAL

If you or your health care provider believes that your health or ability to function will be harmed unless a decision is made in the next three days, you or your health care provider can ask us for a fast review by calling us and asking for an expedited appeal. If we agree, we will decide your appeal in 3 working days. If we do not agree a fast review is needed, we will write you within 2 days, and we will also try to call you. Then, we will decide your appeal within 30 days.

GETTING HELP IF YOU WANT TO APPEAL THIS DECISION

You can have someone help you appeal. Your doctor or other health care provider can appeal for you if you write to us giving them permission.

If you would like legal help with this decision, you can ask for it by contacting the legal aid program in your county listed on the attached sheet. You may also contact the State Protection and Advocacy System, the Arizona Center for Disability Law, at 1-800-922-1447 in Tucson, or 1-800-927-2260 in Phoenix. Persons determined to have a Serious Mental Illness (SMI) may also ask for help by contacting an Advocate at the Office of Human Rights at 1-800-421-2124 or 1-602-364-4585.

CONTINUING SERVICES WHILE WE MAKE A DECISION ON YOUR APPEAL

If the services you write about in your appeal are already being given to you, but are going to be cut back or stopped, you can ask that the services continue while we make a decision. If you want those services to continue, you must say so when you appeal. Your services will only be continued if you appeal by (*insert date, the later of 10*

**For translation or alternative format requests, call [insert 1-800 and local number]
Para recibir esta forma en español, llame al: [insert 1-800 and local number]**

calendar days from the date of the Notice OR the intended date of the action). If you do not win your appeal, you may be responsible for paying for these services provided during the appeal.

If you are a person determined to have a Serious Mental Illness (SMI), the services being appealed will be continued when you file an appeal, unless continuing the services would be harmful to your health and safety, or to another person. The services being appealed will be continued throughout the appeal process. You will not have to pay for the cost of these services provided during the appeal.

TAKING MORE THAN 30 DAYS TO DECIDE YOUR APPEAL

For all appeals, up to 14 more days may be taken to make a decision on your case. This is called an extension. If we want an extension, we will write you and tell you why it is needed and how it is helpful to you. If you want an extension, you can ask for it by writing or calling us. If an extension is given, a decision in your appeal will be made in 44 days, rather than 30 days.

If you have any questions about filing an appeal or if you need help, you can call us at *(insert contractor phone number here)*.

Sincerely,

(Insert name of Decision Maker)

**For translation or alternative format requests, call [insert 1-800 and local number]
Para recibir esta forma en español, llame al: [insert 1-800 and local number]**

Inserte el Logo de
Proveedor/RBHA
aquí

If you have trouble reading this notice because the letters are too small or the words are hard to read, please call our office at XXX-XXX-XXXX and someone will help you. This letter is available in other languages and formats if you need it.

Si usted tiene problemas leyendo éste aviso debido a que las letras son muy pequeñas o las palabras son muy difíciles de leer, por favor llame a nuestra oficina al XXX-XXX-XXXX y alguna persona le ayudará. Esta comunicación está disponible en otros idiomas y formatos si usted lo necesita.

AVISO DE ACCIÓN

PARA:

Fecha:

DE:

Usted o su proveedor de servicios de salud han solicitado que (*Nombre de RBHA o contratista de RBHA*) pague por (*describa los servicios solicitados y la razón de estos servicios en un lenguaje fácilmente entendible*).

NUESTRA DECISIÓN

(*Inserte la acción que se ha tomado aquí y la fecha efectiva si es que se ha terminado o reducido un servicio actual*).

LAS RAZONES DE NUESTRA DECISIÓN

Hechos acerca de su condición o situación que apoyan nuestra decisión

(*Inserte la razón de la acción, la cual debe ser completa y en un lenguaje comúnmente entendible. La explicación debe ser ambas, del miembro y del hecho específico, describiendo las condiciones del miembro y las razones que apoyan la decisión de la RBHA o del contratista. Si la razón para la negación es una carencia de información, la información extraviada debe ser identificada de tal manera que el miembro tenga una oportunidad de proporcionarla*).

Base jurídica para nuestra decisión

Basamos nuestra decisión en (*inserte la citación legal correcta aquí*).

*For translation or alternative format requests, call (insert 1-800 and local number)
Para recibir ésta forma en español, llame al: (inserte 1-800 y el número local)*

Las copias de citaciones legales se pueden encontrar en la biblioteca local o en <http://www.azahcccs.gov/regulations/lawsregulations>.

SUS DERECHOS SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON ÉSTA DECISIÓN

Si usted no está satisfecho con ésta decisión, puede solicitar que revisemos la decisión nuevamente. Esto se llama una apelación. Usted puede apelar a través del teléfono o por escrito. Debe llamarnos al (*Inserte el número de teléfono para quejas*) o escribanos completando la [Forma PM 5.3.1 Forma De Apelación ADHS/DBHS o Queja SMI](#) antes de (*inserte fecha, a no más tardar de 60 días calendario después de la fecha de éste aviso*).

Si usted está escribiendo su apelación, por favor envíela a (*inserte la dirección de correo del contratista*).

Usted también puede ver sus expedientes médicos y obtener otra información acerca de su apelación. Antes de que tomemos una decisión, usted puede darnos cualquier información que piense que nos sea útil. Puede solicitarnos agendar una reunión de tal manera que nos de la información en persona, o nos la puede entregar por escrito.

Luego de que revisemos su apelación, le enviaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días a partir de la fecha en que recibamos su solicitud de apelación.

SI USTED NECESITA UNA DECISIÓN MÁS RÁPIDA SOBRE SU APELACIÓN

Si usted o su proveedor de servicios de salud consideran que su salud o su capacidad de funcionar pueden estar en riesgo, a menos que la decisión sea hecha en los próximos tres días, usted o su proveedor de servicios de salud pueden preguntar por una revisión rápida llamándonos o preguntado por una apelación acelerada. Si estamos de acuerdo, decidiremos su apelación en tres días laborales. Si no estamos de acuerdo con que una revisión rápida sea necesaria, nosotros le escribiremos dentro de 2 días y también intentaremos llamarlo. Entonces, decidiremos su apelación en 30 días.

OBTENER AYUDA SI USTED QUIERE APELAR ESTA DECISIÓN.

Usted puede pedir ayuda a otra persona para apelar. Su doctor u otro proveedor de servicios de salud pueden apelar por usted si nos informa que le ha dado su permiso para hacerlo.

Si usted requiere ayuda legal con esta decisión, por favor contacte al programa de ayuda

*For translation or alternative format requests, call (insert 1-800 and local number)
Para recibir ésta forma en español, llame al: (inserte 1-800 y el número local)*

legal en su condado, listado en la hoja adjunta. Usted también puede contactar al sistema de ayuda y protección, a Arizona Center for Disability Law, al 1-800-922-1447 en Tucson, o al 1-800-927-2260 en Phoenix. Las personas que han sido diagnosticadas con una enfermedad mental grave (SMI por sus siglas en Inglés) pueden también pedir ayuda contactando a un defensor de la Oficina de derechos humanos al 1-800-421-2124 o al 1-602-364-4585.

CONTINUIDAD DE LOS SERVICIOS MIENTRAS TOMAMOS UNA DECISIÓN SOBRE SU APELACIÓN

Si los servicios de los cuales usted escribe en su apelación, ya se le han dado, pero van a ser detenidos o reducidos, usted puede solicitar que los servicios continúen mientras que tomamos la decisión. Si usted desea que éstos servicios continúen, debe así indicarlo cuando haga la apelación. Sus servicios solo continuarán si usted apela en *(inserte la fecha, la que se cumpla más tarde, los 10 días calendario a partir de la fecha del aviso o la fecha prevista para la acción)*. Si usted no gana su apelación, deberá ser responsable por el pago de éstos servicios prestados durante la apelación.

Si usted ha sido diagnosticado con una enfermedad mental grave (SMI por sus siglas en inglés), los servicios que han sido apelados continuarán prestándose cuando haga la apelación, a menos que la continuación de los servicios representen un riesgo para su salud o seguridad o para otra persona. Los servicios que son apelados continuarán a través de todo el proceso de apelación

CUÁNDO SE TOMAN MÁS DE 30 DÍAS PARA DECIDIR SU APELACIÓN

Para todas las apelaciones, hasta 14 días adicionales pueden ser tomados para hacer una decisión en su caso. Ésto se llama una extensión. Si nosotros queremos una extensión, le escribiremos y le diremos el por qué es necesaria y cómo esto será de ayuda para usted. Si usted necesita una extensión, la puede solicitar escribiéndonos o llamándonos. Si una extensión es otorgada, una decisión en su apelación será tomada en 44 días, en lugar de 30 días.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de completar la apelación o si necesita ayuda, nos puede llamar al *(inserte número de teléfono del contratista aquí)*.

Atentamente,

(Inserte el nombre de quien toma la decisión)

*For translation or alternative format requests, call (insert 1-800 and local number)
Para recibir ésta forma en español, llame al: (inserte 1-800 y el número local)*

Última revisión: 02/22/2008