



AHCCCS MEDICAL POLICY MANUAL
POLICY 320-O, ATTACHMENT A – SERVICE PLAN RIGHTS
ACKNOWLEDGEMENT TEMPLATE

Service Plan Rights Acknowledgement for Persons who are Title XIX/XXI and/or SMI:

My service plan has been reviewed with me by my behavioral health provider. I know what services I will be getting and how often. All changes in the services have been explained to me. I have marked my agreement and/or disagreement with each service. I know that in most cases, any reductions, terminations, or suspensions (stopping for a set time frame) of current services will begin no earlier than 10 days from the date of the plan. I know that I can ask for this to be sooner.

If I do not agree with some or all of the services that have been authorized in this plan, I have noted that on my plan. I know if the service asked for was denied, reduced, suspended, or terminated, that my behavioral health provider will give me a letter that tells me why the decision was made. That letter will tell me how to appeal the decision that has been made about my services. The letter will also tell me how I can request continued services.

My behavioral health provider has told me how the appeal process works. I know how I can appeal service changes I do not agree with. I know that I can change my mind later about services I agree with today. I know that if I change my mind before the changes go into effect, I will get a letter that tells me the reason my services changed. The letter will also tell me about my appeal rights.

I know that if I need more services or other services than what I am getting, I can call my behavioral health provider at ( ) - to talk about this. My behavioral health provider will call me back within three working days. Once I have talked with my behavioral health provider, s/he will give me a decision about that request within 14 days. If the behavioral health provider is not able to make a decision about my request within 14 days, s/he will send me a letter to let me know more time is needed to make a decision.

Member Date

Health Care Decision Maker (as applicable) Date

Información sobre los derechos contenidos en el plan de servicios para personas que están cubiertas bajo los títulos XIX/XXI y/o SMI:

The template may only be modified to include information, as indicated in the template, or to modify the language if a parent or guardian is reviewing and signing the acknowledgment on behalf of the member

~~Mi plan de servicios ha sido revisado conmigo por mi proveedor de servicios de salud mental. Sé cuales servicios voy a obtener y cada cuanto tiempo. Todos los cambios en el plan de servicios me han sido explicados. He mencionado mi acuerdo o desacuerdo con cada uno de los servicios. Sé que en la mayoría de los casos, cualquier reducción, terminación o suspensión (detenidos por un tiempo determinado) de los servicios actuales no comenzará antes de 10 días a partir de la fecha del plan. Sé que puedo pedir que esto suceda antes.~~

~~Si no estoy de acuerdo con algunos o todos los servicios que han sido autorizados en éste plan. Sé, que si el servicio pedido ha sido negado, reducido, suspendido o terminado, mi proveedor de servicios de salud mental me entregará una comunicación en la que me informará por qué fue tomada la decisión. Esta carta me indicará cómo apelar la decisión que ha sido tomada en relación a mis servicios. La carta también me informará sobre cómo puedo solicitar la continuidad de los servicios.~~

~~Mi proveedor de servicios de salud mental me ha informado acerca de cómo funciona el proceso de apelaciones. Yo sé cómo apelar acerca de cambios en el servicio con los cuales no estuve de acuerdo. Entiendo, que puedo cambiar de opinión después, acerca de servicios con los que hoy estuve de acuerdo. Sé, que si cambio de opinión antes de que los cambios se hagan efectivos, recibiré una carta explicando la razón por la cual mis servicios fueron cambiados. La carta también tendrá información acerca de mis derechos de apelación.~~

~~Sé, que si necesito servicios adicionales u otros servicios diferentes de los que he estado recibiendo, puedo llamar a mi proveedor de servicios de salud mental al ( ) \_\_\_\_\_ para hablar acerca de éste tema. Mi proveedor de servicios de salud mental regresará mi llamada dentro de los siguientes tres días hábiles. Una vez que haya hablado con mi proveedor de servicios de salud mental, éste me dará una decisión acerca de mi solicitud dentro de un plazo de 14 días. Si el proveedor de servicios de salud mental no ha podido tomar una decisión acerca de mi solicitud dentro de los 14 días, entonces me enviará una carta para informarme que se necesita más tiempo para tomar la decisión.<sup>1</sup>~~

<sup>1</sup> [Removed Spanish translation as this is the responsibility of the Contractors to maintain updated language.](#)

The template may only be modified to include information, as indicated in the template, or to modify the language if a parent or guardian is reviewing and signing the acknowledgment on behalf of the member

OPEN UNTIL 08/08/19

---

The template may only be modified to include information, as indicated in the template, or to modify the language if a parent or guardian is reviewing and signing the acknowledgment on behalf of the member

**.320-O, Attachment A - Page 3 of 3**

**Effective Dates:** 10/05/17, 10/01/18, 10/01/19  
**Revision-Approval Dates:** 07/20/18, 09/06/18, 06/13/19