

<b>CHELAN-DOUGLAS RSN/PIHP POLICY AND PROCEDURE MANUAL</b>		Chapter:	2.16
Title:	MANAGED CARE SERVICES	Page:	1 of 3
		Date Effective:	July 1, 2002
Subject:	DISCHARGE FROM SERVICES	Date Revised:	May 23, 2002
		Date Revised:	June 6, 2011
		Authorizing Signature:	

**AUTHORITY:** Guiding Principle(s): Consumer Focused, Holistic/Humanitarian, Accessible, Normalizing/Non-Stigmatizing, Responsive, Effectively Managed  
WAC 388-865-0225, Resource Management  
RCW 71.24.025, Community Mental Health Services Act, Definitions  
DSHS Standard Work Order, RSN/PIHP Services  
DSHS Title XIX Contract and Federal Waiver

**SCOPE:** This policy applies to Chelan-Douglas Regional Support Network/ Prepaid Inpatient Health Plan (CDRSN/PIHP) and its contractors (agencies/providers), and subcontractors (referred to as contractors or agencies or providers throughout this policy).

**PURPOSE:** To provide consistent criteria for the discharge of consumers from mental health services.

**POLICY:** The CDRSN/PIHP provides a standardized and coordinated approach to the management of consumer discharge from service.

**PROCEDURE:**

I. Discharge from Outpatient Services

- A. The provider shall discharge a consumer from CDRSN/PIHP services when one of the following conditions have been met:
  1. The consumer's identified needs have been met, stabilization (symptoms, behaviors, appropriate living environment) has been attained, the consumer/family has demonstrated effective
  2. self/family management skills and/or the ability to engage
  3. adequate supports when necessary, ongoing supports are in
  4. place, community participation is maximized, and a need for additional CDRSN/PIHP services is not anticipated; or
  5. The consumer has established residence outside of the CDRSN/PIHP catchment area; or
  6. The consumer is deceased.

B. The provider may discharge a consumer from CDRSN/PIHP services when one of the following conditions have been met:

1. A consumer has not attended an appointment, and all reasonable efforts to locate and contact the consumer have been pursued for thirty (30) days and are documented in the consumer's record, including periodic contact with hospitals, jails, family, friends, or other identified formal or natural supports (as appropriate for the individual);
2. The consumer communicates verbally or in writing a desire to end services, and the consumer is not on a Least Restrictive Alternative (LRA) or Conditional Release (CR).

C. A consumer shall not be discharged from CDRSN/PIHP services, or undue barriers to service raised, if a consumer:

1. Has a grievance filed with the CDRSN/PIHP disputing the termination of services; or
2. Is hospitalized; or
3. Is on a Least Restrictive Alternative (LRA) or Conditional Release (CR).

D. Discharges from service due to any reason other than loss of Medicaid coverage must be preceded by written notification to the consumer. The notice of Action shall:

1. Be mailed or otherwise delivered to the consumer within the timeframes specified by 42 CFR 431.211.
2. Include the reason for the discharge; and
3. Provide instructions regarding actions the consumer can take to continue their services.

E. When a consumer is discharged from CDRSN/PIHP services, he or she is no longer assigned a primary care provider, and his or her record shall be promptly closed. If services are transferred to another agency, the primary care provider shall ensure that all pertinent information about the consumer and his or her treatment is available to the new provider, in accordance with all applicable local, state, and federal confidentiality statutes, laws, and regulations.

F. All contacts and efforts to locate and engage the consumer in ongoing services, as indicated, shall be documented in the consumer record.

G. Unplanned terminations shall be reviewed for appropriate action.

## II. Discharge from Crisis Services

A. The provider shall discharge consumers from a Crisis episode of care no later than thirty (60) days following the last crisis contact.

B. Discharge criteria and notification requirements do not apply to consumers being discharged from a Crisis episode of care.

### III. Management Information System (MIS) Activity

A. The provider shall complete all required options on the MIS database (Avatar) within 3 business days of the date of discharge. Required options include, but are not limited to:

1. WSRC Diagnosis;
2. Financial Eligibility; and
3. Discharge

### IV. Monitoring

- A. Provider must copy CDRSN/PIHP on each notice of action.
- B. CDRSN/PIHP will monitor congruence between closure reports and notices received.
- C. CDRSN/PIHP will monitor a sample of closed charts for compliance with the documentation requirements of this policy.

SEE ALSO: Chapter 2.15, Transferring Consumer Services  
Chapter 2.16.1, Expedited Re-Enrollment Following Termination of Services  
Glossary of Terms and Acronyms

**ATTACHMENT**  
Notice of Action

PM ID:

Estimado(a):

Por favor de referirse al anexo, copia de la Aviso de Acción Concerniente a sus Servicios de Salud Mental.

PM ID:

Estimado(a): ,

**PERSONA DE CONTACTO DE PIHP CON RESPECTO A ESTE AVISO:**

Debra Murray, MSW, LMHC, Director Clínico, número gratuito 18775633678  
ChelanDouglas RSN/PHIP, 636 Valley Mall Pkwy, Suite 200, East Wenatchee, WA 98802

Por este medio le comunicamos una medida que estamos planeando tomar con respecto a los servicios de salud mental financiados por Medicaid, del tipo que usted ha solicitado o que está recibiendo actualmente.

Hemos decidido que los servicios de salud mental para pacientes internados que usted recibe se denegarán a partir del: **7/15/2011**

El motivo de nuestra decisión es: Su proveedor de salud mental a pedido que sus servicios sean cerrados.  
La razon es: **Alguna otra razon:**

Esta acción termina su episodio de cuidado no internado previamente autorizado.

**¿QUE OCURRE SI NO ESTOY DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN?** Tiene derecho a apelar. Si opta por ejercer este derecho, tiene veinte (20) días calendario a partir de la fecha en que reciba este aviso para solicitar o presentar una apelación. Sin embargo, si desea continuar recibiendo servicios previamente autorizados durante el procesó de apelación, usted tendrá que presentar su apelación dentro de diez (10) días calendarios del la fecha que recibió este aviso. Su proveedor de atención de salud mental también puede presentar una apelación en su nombre si se lo pide por escrito. Para solicitar o presentar una apelación, debe ponerse en contacto con

- Debra Murray, MSW, LMHC, Director Clínico, llamando al 18775633678 o bien
- Envíe su apelación a: CD RSN 636 Valley Mall Pkwy Suite 200, East Wenatchee, WA 98802

Si realiza su petición verbalmente, se le pedirá que la presente por escrito dentro de los siete (7) días. Si no presenta su pedido

por escrito, consideraremos que el pedido está incompleto y no se tomará ninguna medida posterior. Puede volver a presentar su apelación dentro de los veinte (20) días de la fecha de recepción original del aviso.

**¿PUEDO OBTENER AYUDA PARA PRESENTAR UNA APELACIÓN?** Para obtener ayuda con el proceso de apelación, puede ponerse en contacto con el servicio de mediación en asuntos de interés público (Ombuds Service) llamando al 18004955178. Este servicio está disponible sin cargo para ayudarle a usted o a su representante durante todo el proceso de apelación.

También puede incluir a otras personas de su elección para que le ayuden durante el proceso de apelación. Si desea que alguna otra persona le preste asistencia, usted y su representante autorizado deben firmar y colocar la fecha en una declaración en la que designe a esa persona para que actúe en su nombre, y a continuación enviámosla.

Si usted es sordo o tiene dificultades auditivas, o si tiene dificultades del habla, póngase en contacto con nosotros a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones llamando al 18008336384 o marque 711. Si necesita servicios de intérprete, se los suministraremos.

**¿QUÉ OCURRE DESPUÉS DE PRESENTAR LA APELACIÓN?** PIHP revisa su apelación y presenta su decisión por escrito dentro de los 45 días, a menos que haya solicitado una prórroga. Si desea obtener información adicional, consulte el documento adjunto: "Información importante acerca de sus derechos de apelación".

cc: Archivo  
CDRSN

### **Hay dos tipos de apelación que se pueden presentar**

**Estándar (45 días)** Usted o su proveedor de servicios de salud mental pueden solicitar una apelación estándar. Nosotros

debemos presentar nuestra decisión a más tardar 45 días después de recibir su apelación. (Podemos ampliar este plazo hasta 14 días si usted solicita una prórroga, o si necesitamos información adicional y la prórroga lo beneficia.)

**Rápida (3 días hábiles)** Usted o su proveedor de servicios de salud mental pueden solicitar una apelación rápida si usted o su proveedor consideran que su salud podría verse gravemente afectada si debe esperar demasiado tiempo para obtener una decisión. Nosotros debemos tomar una decisión acerca de una apelación rápida a más tardar 3 días hábiles después de recibir la apelación. (Podemos ampliar este plazo hasta 14 días si usted solicita una prórroga, o si necesitamos información adicional y la prórroga lo beneficia.)

- Si su proveedor de servicios de salud mental solicita una apelación rápida para usted, o si lo respalda para que solicite una, y si se indica que una espera de 45 días podría afectar gravemente su salud, automáticamente le otorgaremos una apelación rápida.
- Si solicita una apelación rápida sin el respaldo de su proveedor de servicios de salud mental, nosotros decidiremos si su salud

requiere una apelación rápida. Si no le otorgamos una apelación rápida, tomaremos una decisión con respecto a su apelación dentro de los 45 días.

### **¿Qué debo incluir con mi apelación?**

Debe incluir: su nombre, dirección, motivos por los que solicita la apelación y cualquier evidencia que desee adjuntar. Puede enviar cualquier registro respaldatorio, cartas de su proveedor de servicios de salud mental o cualquier información que explique por qué debemos proporcionarle el servicio. Llame a su proveedor de servicios de salud mental si necesita esta información para

ayudarle con su apelación. Puede enviar esta información o presentar esta información en persona a:

**Debra Murray, MSW, LMHC, Clinical Director**

ChelanDouglas RSN/PIHP

636 Valley Mall Pkwy, Suite 200

East Wenatchee, WA 98802

### **Definiciones:**

*Denegación:* La decisión de un PIHP de no autorizar servicios de salud mental cubiertos por Medicaid que cumplen las normas de

acceso a la atención de la División de Salud Mental o del memorándum N°0103 MAA de la Administración de Asistencia Médica,

Hospitalización Psiquiátrica. La decisión de una Agencia de Salud Mental de la Comunidad (CMHA, por sus siglas en inglés) de no

proporciona un servicio cubierto no constituye una denegación.

*Suspensión:* La decisión de un PIHP de interrumpir temporalmente la prestación a un asociado de servicios de salud mental

cubiertos por Medicaid autorizados previamente. La decisión de una CMHA de interrumpir temporalmente la prestación de un

servicio cubierto no constituye una suspensión.

*Reducción:* La decisión de un PIHP de reducir la prestación a un asociado de servicios de salud mental cubiertos por Medicaid

autorizados previamente. La decisión de una CMHA de reducir la prestación de un servicio cubierto no constituye una reducción.

*Rescisión:* La decisión de un PIHP de suspender definitivamente la prestación a un asociado de servicios de salud mental

cubiertos por Medicaid autorizados previamente. La decisión de una CMHA de suspender definitivamente la prestación de un

servicio cubierto no constituye una rescisión.

### **¿Cómo presento una apelación?**

**Para una apelación estándar:** Usted, su proveedor de servicios de salud mental, su representante autorizado o un Ombudsman deben enviar por correo o entregar su apelación por escrito a la dirección que aparece a continuación.

**Para una apelación rápida:** Usted, su proveedor de servicios de salud mental, su representante autorizado o un Ombudsman deben ponerse en contacto con nosotros llamando por teléfono o enviando un fax a los números que figuran a continuación.

**¿Puedo seguir recibiendo los servicios?** Si actualmente está recibiendo servicios, seguirá recibéndolos durante el proceso de apelación si:

- Presenta su apelación puntualmente;
- Su apelación involucra la reducción, suspensión o rescisión de servicios de salud mental cubiertos por Medicaid autorizados previamente;
- Sus servicios de salud mental cubiertos por Medicaid fueron ordenados por la CMHA;

- El plazo actual cubierto por la autorización no ha vencido; y
- Usted ha solicitado una prórroga.

Si nuestra decisión no le es favorable, se le puede pedir que pague por los servicios que recibió durante la apelación o audiencia.

**¿Qué ocurre a continuación?** Después de que el PIHP toma una decisión con respecto a su apelación y si usted no está de

acuerdo con la decisión del PIHP, puede obtener una audiencia justa a través de la Oficina de Audiencias Administrativas del

Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington (18005838271). Debe solicitar una audiencia justa

dentro de los 20 días después de recibir la decisión del PIHP. También puede acceder a una audiencia justa si:

- El PIHP no le proporciona una respuesta por escrito dentro de los plazos permitidos; o
- Usted considera que se ha producido una infracción de las normas
- Del Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington

**Información de contacto:**

Si necesita información o ayuda, llámenos a:

ChelanDouglas RSN/PHIP  
636 Valley Mall Pkwy, Suit 200  
East Wenatchee, WA 98802  
18775633678 Fax: 15098866320

Si tiene problemas de audición o del habla, póngase en contacto con nosotros:

Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones llamando al 18008336384 o marque 711.

**Otros recursos útiles:**

PIHP Ombuds Service  
18004955178 o 15097358681  
WA State Department of Social and Health Services  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 42488  
Olimpia, WA 985042488  
18005838271

JOHN PUBLIC  
640 S MISSION ST  
WENATCHEE WA 98801

Dear: JOHN PUBLIC

Please refer to the attached copy of the Notice of Action regarding your Mental Health services.

JOHN PUBLIC  
640 S MISSION ST  
WENATCHEE WA 98801

Dear: JOHN PUBLIC

**PIHP CONTACT PERSON CONCERNING THIS NOTICE:**

Debra Murray, MSW, LMHC, Clinical Director, Toll Free 18775633678  
ChelanDouglas RSN/PIHP, 636 Valley Mall Pkwy, Suite 200, East Wenatchee, WA 98802

This is to let you know about an action we are planning to take concerning your Medicaidfunded mental health services that you are currently receiving.

We have decided that your Outpatient Mental Health Services will be terminated effective: **7/15/2011**

The reason for our decision is: Your Mental Health provider has requested closure of your outpatient services. This is because:

**Some other reason**

This action will end your previously authorized outpatient episode of care.

**WHAT IF I DON'T AGREE WITH THIS DECISION?** You have the right to appeal. If you choose this right, you have twenty (20)

calendar days from the date you receive this notice to request or file an appeal. However, if you wish to continue receiving

previously authorized services during the appeal process, you must file your appeal within ten (10) calendar days from the date you

receive this notice. Your mental health provider may also file an appeal on your behalf when you ask him/her in writing. To

request or file an appeal, you need to contact:

Debra Murray, MSW, LMHC, Clinical Director by calling 18775633678 or send your appeal in writing to:  
CDRSN, 636 Valley Mall Pkwy, Suite 200, East Wenatchee, WA 98802

If you make your request verbally, you will be asked to put it in writing within seven (7) days. If your request is not put in written form, we will consider the request incomplete and not take further action. You may refile your appeal within twenty (20) days from

the original receipt of notice.

**CAN I GET HELP FILING AN APPEAL?** To get help with the appeal process you may contact the Ombuds Service at 18004955178. The Ombuds Service is available at no charge to assist you or your representative throughout the appeal process.

You may also include other persons of your choice to assist you during the appeal process. If you want someone else to assist you, you and your authorized representative must sign, date and send us a statement naming that person to act for you.

If you are hard of hearing or deaf, or that trouble with speech, please contact us through the Telecommunications Relay Service at 18008336384 or dial 711. If you need interpreter services, they will be provided to you free of charge.

**WHAT HAPPENS AFTER I FILE AN APPEAL?** The PIHP reviews your appeal and provides a written decision within 45 days unless you have requested an extension. For additional information, please see the attachment, "Important Information About Your Appeal Rights."

cc: File  
CDRSN

**There Are Two Kinds of Appeals You Can File**

**Standard (45 days)** You or your mental health care provider can ask for a standard appeal. We must give you a decision no later than 45 days after we get your appeal.

(We may extend this time by up to 14 days if you request an extension, or if we need additional information and the extension benefits you.)

**Fast (3 working days)** You or your mental health care provider can ask for a fast appeal if you or your mental health care provider believe that your health could be seriously harmed by waiting too long for a decision. We must decide on a fast appeal no later than 3 working days after we get your appeal. (We may extend this time by up to 14 days if you request an extension, or if we need additional information and the extension benefits you).

· If your mental health care provider asks for a fast appeal for you, or supports you in asking for one, and they indicate that

waiting 45 days could seriously harm your health, we will automatically give you a fast appeal.

· If you ask for a fast appeal without support from your mental health care provider, we will decide if your health requires a fast appeal. If we do not give you a fast appeal, we will decide your appeal within 45 days.

**What Do I Include With My Appeal?**

You should include: your name, address, reasons for appealing, and any evidence you wish to attach. You may send in supporting records, letters from your mental health provider, or other information that explains why we should provide the service. Call your mental health provider if you need this information to help you with your appeal. You may send this information or present this

information in person to:  
Debra Murray, MSW, LMHC, Clinical Director  
ChelanDouglas RSN/PIHP  
636 Valley Mall Pkwy, Suite 200

East Wenatchee, WA 98802

**Definitions:**

*Denial:* The decision by a PIHP not to authorize covered Medicaid mental health services that meet the Mental Health Division Access to Care Standards or the Medical Assistance Administration memorandum #0103 MAA, Psychiatric Hospitalization. The decision by a Community Mental Health Agency (CMHA) not to provide a covered service is not a denial.

*Suspension:* The decision by a PIHP to temporarily stop an enrollee's previously authorized covered Medicaid mental health services. The decision by a CMHA to temporarily stop a covered service is not a suspension.

*Reduction:* The decision by a PIHP to decrease an enrollee's previously authorized covered Medicaid mental health services. The decision by a CMHA to decrease a covered service is not a reduction.

*Termination:* The decision by a PIHP to stop an enrollee's previously authorized covered Medicaid mental health services. The decision by a CMHA to stop a covered service is not a termination.

**How Do I File An Appeal?**

**For a Standard Appeal:** You, your mental health provider, authorized representative, or an Ombudsman should mail or deliver your written appeal to the address below.

**For a Fast Appeal:** You, your mental health provider, authorized representative, or an Ombudsman should contact us by telephone or fax at the numbers listed below.

**Can I Continue to Receive Services?** If you are currently receiving services, your services will be continued during the appeal process when:

- Your appeal is filed timely;
- Your appeal involves the reduction, suspension or termination of previously authorized covered Medicaid mental health services;
- Your covered Medicaid mental health services were ordered by the CMHA;
- The current period covered by the authorization has not expired; and
- You have requested an extension.

If our decision is not your favor, you may be asked to pay for the services you received during the appeal or hearing.

**What Happens Next?** After the PIHP makes a decision about your appeal and you do not agree with the PIHP decision, you may

access a fair hearing through the WA State Department of Social and Health Services Office of Administrative Hearings

(18005838271). You must request a fair hearing within 20 days after you receive the PIHP decision unless you continued to

receive services during the appeal and desire they continue during the fair hearing processes. In such cases, a fair hearing must

be requested within ten (10) calendar days of the postmark on the notice of resolution, and services are continued as described by

the Mental Health Division on its website. You may also access a fair hearing if:

- The PIHP did not provide a written response within the allowed time frames; or
- You believe there has been a violation of WA
- State Department of Social and Health Services rules

**Contact Information:**

If you need information or help, call us at:

ChelanDouglas RSN/PIHP  
636 Valley Mall Pkwy, Suite 200

East Wenatchee, WA 98802  
18775633678 Fax: 15098866320

Hearing or Speech Impaired, please contact us:  
Telecommunication Relay Service at 18008336384 or dial 711.

**Other Resources to Help You:**

Ombuds Service  
18004955178 or 15097358681  
WA State Department of Social and Health Services Office of Administrative Hearings  
P. O. Box 42488  
Olympia, WA 985042488.  
18005838271