



AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO
Acerca de su solicitud de tratamiento

ASUNTO:

Name of requestor ha solicitado al Plan de Salud Mental (Mental Health Plan, MHP) de la División de Salud Conductual del Condado de Sonoma que aprobara *Service requested*. No podemos aprobar el tratamiento solicitado. Esto se debe a que *Using plain language, insert: A clear and concise explanation of the reasons for the decision; and the clinical reason(s) for the decision regarding medical necessity.*

De acuerdo con la sección 438.400(b)(3) del título 42 del Código de Regulaciones Federales, el MHP puede denegar total o parcialmente la solicitud de servicio(s) de un beneficiario si (**corresponden todas las opciones seleccionadas a continuación**):

- A) El beneficiario no cumple con los criterios de necesidad médica para recibir servicios de salud mental especializados (secciones 1830.205/1830.210, título 9, capítulo 11), servicios de internación psiquiátrica hospitalaria o servicios profesionales relacionados (sección 1820.205)
- B) El servicio solicitado no tiene reembolso (secciones 1810.355/1840.312)
- C) La persona para la cual se solicitan los servicios no es elegible para recibir dichos servicios (42 CFR 435.403)
- D) El MHP le solicitó información adicional al proveedor para aprobar el pago de los servicios propuestos y, a la fecha, no ha recibido dicha información (sección 1840.314, título 9, capítulo 11)
- E) El proveedor no aceptó o no cumplió con los contratos del MHP o los requisitos de informe o documentación de Medi-Cal (secciones 1840.314/1840.316)

En su lugar, aprobaremos el siguiente tratamiento: *Service or service length approved.*

Si piensa que esta decisión es incorrecta, puede presentar una apelación. Encontrará las instrucciones en el documento adjunto titulado "Sus Derechos". Allí, también encontrará información sobre dónde puede dirigirse para obtener ayuda para la apelación. Esto también incluye asesoramiento legal gratuito. Le recomendamos que envíe la apelación junto con toda la información o los documentos que puedan respaldarla. El documento adjunto titulado "Sus Derechos" detalla los plazos que debe respetar para solicitar una apelación.

Puede pedir copias gratuitas de toda la información que se usó para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de las pautas, el protocolo o los criterios que se usaron para tomar la decisión. Si desea solicitar las copias, comuníquese con el Equipo de Acceso de la División de Salud Conductual del Condado de Sonoma (Sonoma County Behavioral Health, SCBH) al 1-800-870-8786 (gratuito) o al 707-565-6900. El personal está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si está recibiendo servicios y quiere seguir recibéndolos mientras tomamos una decisión sobre su apelación, debe solicitar la apelación dentro de los 10 días posteriores a la recepción de esta carta o los 10 días anteriores a la fecha en la que el plan le informó que se suspenderán o reducirán los servicios.

Si tiene alguna pregunta sobre este aviso, comuníquese con el Plan. Si desea obtener ayuda, comuníquese con el Equipo de Acceso de la SCBH al 1-800-870-8786 (gratuito) o al 707-565-6900. El personal está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al número TTY 1-800-735-2929 o al 711 para obtener ayuda.

Si desea que le enviemos este aviso u otros documentos del MHP en un formato alternativo, como un formato de letra grande, braille o electrónico, o si necesita ayuda para leer el material, comuníquese con el MHP al 707-565-6900 o al 1-800-870-8786. El personal está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si no recibe una respuesta satisfactoria del Plan o necesita ayuda adicional, puede contactarse con la Oficina del Defensor del Pueblo para el Plan Estatal de Cuidado Administrado de Medi-Cal. Puede llamar al 1-888-452-8609 de lunes a viernes, de 8 a.m a 5 p.m. (hora estándar del Pacífico), excepto los feriados.

Este aviso no afecta los demás servicios de Medi-Cal que recibe.

Signature

Adjuntos:
"SUS DERECHOS"
"ASISTENCIA CON EL IDIOMA"



SUS DERECHOS COMO BENEFICIARIO DE MEDI-CAL

Si desea que le enviemos este aviso u otros documentos del MHP en un formato alternativo, como un formato de letra grande, braille o electrónico, o si necesita ayuda para leer el material, comuníquese con el MHP al 707-565-6900 o al 1-800-870-8786. El personal está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN QUE SE TOMÓ RESPECTO DE SU TRATAMIENTO POR UN TRASTORNO DE SALUD MENTAL O ABUSO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. LA APELACIÓN DEBE PRESENTARSE AL PLAN.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días** a partir de la fecha de este Aviso de determinación adversa de beneficio para presentar una apelación. **Si está recibiendo tratamiento y quiere seguir recibiéndolo, debe presentar la apelación dentro de los 10 días** posteriores a la fecha de esta carta O los 10 días anteriores a la fecha en la que el plan le informó que se suspenderán los servicios. Debe informar que quiere seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentarla por teléfono o por escrito. Si la presenta por teléfono, el paso siguiente es presentar una apelación escrita y firmada. El plan le brindará asistencia gratuita en caso de que necesite ayuda.

- **Para presentar una apelación por teléfono:** Comuníquese con el coordinador de reclamos de la División de Salud Conductual del Condado de Sonoma al 707-565-7895 (de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.) o al 1-800-870-8786 (gratuito, las 24 horas del día y los 7 días de la semana). Si tiene dificultades para hablar o escuchar, llame al 1-800-735-2929 o al 711.
- **Para presentar una apelación por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta al plan y envíela a la siguiente dirección:

***Sonoma County Behavioral Health
C/O Grievance Coordinator
2227 Capricorn Way, Suite 207
Santa Rosa, CA 95407-5419***

Su proveedor le brindará el formulario de apelación. El MHP también puede enviarle uno.

Usted puede presentar la apelación por sí mismo. También puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, asesor, proveedor o abogado, que la presente por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que quiera que el plan revise. La apelación será revisada por otro proveedor, no por la persona que tomó la decisión inicial.

El plan tiene 30 días para darle una respuesta. Cuando el plan tenga la respuesta, le enviará un Aviso de resolución de apelación. En esa carta, se le informará la decisión del plan. **Si no recibe una carta con la decisión del plan dentro de los 30 días, puede solicitar una audiencia estatal para que un juez revise su caso.** Lea la siguiente sección para saber cómo puede solicitar una audiencia estatal.

APELACIONES EXPEDITIVAS

Si cree que esperar 30 días puede ser perjudicial para su salud, quizás pueda obtener una respuesta dentro de las 72 horas. Cuando presente la apelación, explique por qué piensa que esperar será perjudicial para su salud. Asegúrese de pedir una **apelación expeditiva**.

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió un Aviso de resolución de apelación que le informa que su plan no le brindará los servicios o si **no recibió una carta con la decisión y ya han pasado más de 30 días**, puede solicitar una audiencia estatal para que un juez revise su caso. No tendrá que pagar por la audiencia estatal.

Debe solicitarla dentro de los **120 días** posteriores a la fecha del Aviso de resolución de apelación. Puede solicitarla por teléfono, por medios electrónicos o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede escuchar o hablar bien, llame a la línea de **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Por medios electrónicos:** Puede solicitar una audiencia estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California y complete el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- **Por escrito:** Complete el formulario de audiencia estatal o envíe una carta a la siguiente dirección:

**California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430**

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono y fecha de nacimiento y el motivo por el que solicita la audiencia estatal. Si alguien le ayuda a solicitar la audiencia estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por el intérprete. Nosotros le brindaremos el servicio.

Después de que solicite una audiencia estatal, pueden transcurrir hasta 90 días antes de que se tome una decisión sobre el caso y se le envíe una respuesta. Si cree que esperar ese plazo podría ser perjudicial para su salud, quizás pueda obtener una respuesta dentro de 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o al plan que escriba una carta por usted o puede escribirla usted mismo. La carta debe explicar detalladamente que esperar hasta 90 días para saber la decisión de su caso perjudicaría seriamente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar una funcionalidad máxima. Luego, pida una **audiencia expeditiva** y entregue la carta con su solicitud de audiencia.

Representante autorizado

Usted puede hablar por sí mismo en la audiencia estatal. También puede pedirle a otra persona, como un familiar, amigo, asesor, proveedor o abogado, que hable por usted. Si quiere que otra persona hable por usted, debe informar a la oficina de audiencias estatales que dicha persona está autorizada para hacerlo. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

ASISTENCIA LEGAL

Es posible que pueda obtener asistencia legal gratuita. También puede comunicarse con el programa de asistencia legal de su condado al 1-888-804-3536.

ASISTENCIA CON EL IDIOMA

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 24/7 toll-free 1-800-870-8786 toll free number or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

ATENCIÓN: Las ayudas y servicios auxiliares que incluyen, entre otros, documentos de letra grande y formatos alternativos, están a su disposición de forma gratuita si lo solicita. Llame al 707-565-6900 o 1-800-870-8786 (TTY: 1-800-735-2929 o 711).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با (TTY: 1-800-735-2929 or 711) 1-800-870-8786 or 707-565-6900 تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ :ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ ,ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) ' ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-870-8786

or 707-565-6900 (رقم هاتف الصم والبكم: 1-800-735-2929 or 711)

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। [1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).

ខ្មែរ(Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: រ រ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ួន គឺអាចមានសំរា ំ ំរ អុើ នក។ ចូ ូ សំរួ1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-800-870-8786 or 707-565-6900 (TTY: 1-800-735-2929 or 711).