

SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL

Si necesita este aviso u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, por ejemplo, letras grandes, braille o un formato electrónico, o si desea recibir ayuda para leer el material, comuníquese con la Línea de acceso y crisis (*Access and Crisis Line, ACL*) al 1-888-724-7240.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA SOBRE SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE EL PLAN.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días** a partir de la fecha de este “Aviso de determinación adversa de beneficios” para presentar una apelación. **Si está recibiendo tratamiento actualmente y quiere seguir recibéndolo, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días** desde la fecha de esta carta O antes de la fecha en que el Plan indica que se detendrá la prestación de los servicios. Debe indicar que desea continuar recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si la presenta por teléfono, deberá hacer un seguimiento con una apelación escrita y firmada. Si necesita ayuda, el Plan le proporcionará asistencia gratuita.

POR TELÉFONO: Comuníquese con una de las agencias defensoras que se indican a continuación. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame al 711.

Por servicios para PACIENTES AMBULATORIOS , llame al Centro del consumidor para la defensa de los derechos y educación sobre la salud (<i>Consumer Center for Health Education and Advocacy, CCHEA</i>), 1-877-734-3258, de 9:00 a. m. a 5:00 p. m.	Por servicios RESIDENCIALES o para PACIENTES HOSPITALIZADOS , llame al Programa de defensa del paciente de JFS, 619-282-1134 o 1-800-479-2233, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
--	--

POR ESCRITO: Complete un formulario de apelación o escriba una carta al plan y envíela a las siguientes direcciones, según el caso:

Sus derechos según Medi-Cal: apelación

Servicios de salud del comportamiento (BHS) del condado de San Diego (el Plan), versión revisada el 15/03/18

SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL

Por servicios para PACIENTES AMBULATORIOS , envíela a: Consumer Center for Health Education and Advocacy (CCHEA) 1764 San Diego Avenue, Suite 200 San Diego, CA 92110	Por servicios RESIDENCIALES o para PACIENTES HOSPITALIZADOS , envíela a: JFS Patient Advocacy Program 8804 Balboa Avenue San Diego, CA 92123
---	--

El proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. Las agencias antes mencionadas también pueden enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo. O un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hacerlo en su nombre. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que desee que el Plan revise. La apelación será evaluada por un proveedor diferente de la persona que tomó la primera decisión.

El Plan tiene 30 días para responder. En ese momento, usted recibirá un “Aviso de la resolución de la apelación”, en el que se le informará sobre la decisión que tomó el Plan. **Si no recibe una carta con la decisión del Plan en un plazo de 30 días, puede solicitar una “audiencia estatal” para que un juez revise su caso.** Lea la siguiente sección para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

APELACIONES ACELERADAS

Si considera que esperar 30 días perjudicará su salud, puede obtener una respuesta en un plazo de 72 horas. Cuando presente la apelación, indique por qué considera que esperar perjudicará su salud. Debe solicitar una “**apelación acelerada**”.

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió un “Aviso de la resolución de la apelación” en el que se le informó que el Plan no proporcionaría los servicios, o **si después de 30 días no recibió una carta en la que se le informara sobre la decisión**, puede solicitar una “audiencia estatal” para que un juez revise su caso. No deberá pagar por la audiencia estatal.

Debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de **120 días** a partir de la fecha del “Aviso de la resolución de la apelación”. Puede hacerlo por teléfono, de manera electrónica o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame a la línea **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

Sus derechos según Medi-Cal: apelación

Servicios de salud del comportamiento (BHS) del condado de San Diego (el Plan), versión revisada el 15/03/18

SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL

- De manera electrónica: Puede solicitar una audiencia estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>.
- Por escrito: Complete un 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**

Indique su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y la razón por la que desea una audiencia estatal. Si alguien lo ayuda a solicitar una audiencia estatal, añada el nombre, la dirección y el número de teléfono de esta persona en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después de que solicite la audiencia estatal, decidir sobre su caso y enviarle una respuesta puede demorar hasta 90 días. Si considera que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, puede obtener una respuesta en un plazo de 3 días hábiles. Tal vez desee solicitarle al proveedor o al Plan que redacten una carta por usted o puede redactar una usted mismo. La carta debe explicar en detalle por qué esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso perjudicaría gravemente su vida, su salud o las posibilidades de lograr, conservar o recuperar sus funciones al máximo. Después, solicite una “**audiencia acelerada**” y presente la carta con su solicitud de audiencia.

Representante autorizado

En la audiencia estatal, puede hablar usted mismo. O un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar en su nombre. Si desea que otra persona hable por usted, debe avisar a la oficina de la audiencia estatal que esa persona está autorizada para ello. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

AYUDA JURÍDICA

Puede obtener ayuda jurídica gratuita. También puede llamar al programa de ayuda jurídica de su condado al 1-877-734-3258.

Sus derechos según Medi-Cal: apelación

Servicios de salud del comportamiento (BHS) del condado de San Diego (el Plan), versión revisada el 15/03/18