SAN BERNARDINO COUNTY | Behavioral Health

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS
DEMORAS EN PROCESO DE QUEJA/APELACIÓN (NOABD-E)

Fecha: _____

A: _____ Número de Medi-Cal: _____

De: _____
Clínica Emisora Clínico Emisor

El Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino no ha procesado su:
☐ Queja ☐ Apelaciónón ☐ Apelación acelerada

Nuestros registros demuestran que usted hizo su petición en: _____

_____

Usted solicito que:

_____

_____

_____

Estamos apenados por el retraso en contestar su petición. Continuaremos trabajando en su petición y esperamos proveer le una decisión pronto.

Si su petición fue sobre la negación de o un cambio en los servicios de salud mental que recibió del plan de la salud mental y no desea esperar a nuestra decisión, puede solicitar una audiencia del estado para considerar la negación o cambio. Puede también preguntar que la audiencia del estado considere la razón del retraso.

Usted puede pedir al plan que hagan los arreglos para solicitar una segunda opinión sobre su condición de salud mental. Esto tendrá ningún costo a usted. Para hacer esto, llame y hable con un representante del Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino a: (888) 743-1478, o escriba a: Access Unit, 303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92415-0026.

Tiene el derecho de acceso a su expediente, incluyendo registros médicos, otros documentos y/o archivos, y cualquier nueva o adicional evidencia considerara, generada por el Departamento de Salud Mental en conexión con la apelación. Esta información incluye criterio de medio necesario, y cualquier proceso, estrategias, o estándares de evidencia utilizados en el establecimiento de límites de cobertura.

Si se solicita, esta información se proporcionara de forma gratuita y con suficiente antelación al calendario de resolución.
Usted tiene el derecho de solicitar que continúe sus beneficios, hasta que se resuelva una apelación. Esta solicitud debe hacerse dentro de los 10 días calendarios de la fecha marcada en este formulario de notificación de la determinación de beneficios adversos.

Sus beneficios continuaran si se cumple todos los siguientes requisitos: 1) presentar la solicitud de apelación dentro de los 60 días de la fecha de este aviso; 2) la apelación implica la terminación, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados; 3) los servicios fueron ordenados por un proveedor autorizado; 4) no ha expirado el periodo cubierto por la autorización original; y 5) usted solicito que sus servicios continuaran dentro de los 10 días naturales de la fecha de este aviso.

Si tiene algunas preguntas sobre este aviso, llame y hable con un representante del Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino a: (888) 743-1478, o escriba a: Access Unit, 303 E. Vanderbilt Way, 3rd Floor, San Bernardino, CA 92415-0026.

Proceso de Audiencia Imparcial del Estado

Cómo solicitar una audiencia imparcial del Estado después de una apelación:

Si solicitó una apelación después de recibir el formulario de Notificación de Determinación Adversa y no está de acuerdo con la decisión de la apelación, tiene derecho de solicitar una audiencia imparcial del Estado. Debe solicitar la audiencia en un máximo de 120 días a partir de la fecha que aparece al frente del formulario de Notificación de Determinación Adversa.

Cómo continuar recibiendo sus servicios durante el proceso de audiencia imparcial del Estado:

Si anteriormente había solicitado continuar recibiendo los servicios mientras solicitaba una apelación, sus servicios continuarán durante el proceso de audiencia imparcial del Estado, si se cumplen *todas* las condiciones siguientes:

- Presentó su solicitud de apelación en el transcurso de 60 días a partir de la fecha del formulario de Notificación de Determinación Adversa.
- La apelación es respecto a la terminación, suspensión o reducción de servicios autorizados previamente.
- La orden para que usted reciba servicios debe haber sido emitida por un proveedor autorizado.
- El período cubierto por la autorización original no debe haber caducado.
- Solicitó la continuación de sus servicios en el transcurso de 10 días calendario a partir de la fecha que aparece en la Notificación de Determinación Adversa de beneficios.

Para continuar recibiendo los mismos servicios mientras solicita una audiencia imparcial del Estado:

- Debería haber solicitado una apelación anteriormente y pedido continuar recibiendo los servicios en el transcurso de 10 días a partir de la fecha marcada en el formulario de Notificación de Determinación Adversa.
- Si solicitó que continuaran sus servicios durante el proceso de apelación, sus servicios de salud mental de Medi-Cal seguirán siendo los mismos hasta que alguno de los eventos siguientes ocurra:
    - Retire la apelación o solicitud de audiencia imparcial del Estado.
    - Si no solicita la continuación de servicios dentro del período permitido.
    - Recibe una decisión con respecto a su audiencia imparcial del Estado en la que se indica que se mantendrá la decisión original contenida en el formulario de Notificación Adversa de Beneficios.

Reglamentos del Estado disponibles

Los Reglamentos del Estado, entre ellos los que abarcan las audiencias del Estado, están disponibles en la Oficina de Bienestar Social (Oficina del Welfare) de su Condado.

Proceso de Audiencia Imparcial del Estado

Para obtener ayuda
Puede obtener ayuda legal gratuita en la oficina de ayuda legal de su localidad o en otros grupos. Puede preguntar acerca de sus derechos para tener una audiencia o recibir ayuda legal gratuita en la Unidad Pública de Consultas y Respuestas (Public Inquiry and Response Unit):

- Llame sin cargos al 1-800-952-5253
- Si tiene problemas auditivos y usa TDD, llame al 1-800-952-8349

Representante autorizado
Puede representarse a sí mismo durante la audiencia del Estado. También, un amigo, un abogado o cualquier otra persona que usted elija puede representarlo. Usted mismo debe hacer los arreglos para obtener este representante.

Notificación de la Ley de Prácticas de Información (Information Practices Act, Código Civil de California, Sección 1798 y siguientes). La información que se le pide en este formulario se necesita para procesar su solicitud de audiencia. Si la información no está completa es posible que el trámite se demore. La División de Audiencias del Estado, del Departamento de Servicios Sociales de California, abrirá un expediente de su caso. Tiene derecho de examinar los materiales contenidos en el expediente que se usan para tomar una decisión y puede localizar el expediente comunicándose con la Unidad Pública de Consultas y Respuestas (bajo el título **"Para obtener ayuda"**). Cualquier información que proporcione se podrá compartir con el DBH del Condado, el Departamento de Servicios Sociales del Estado y con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. (Bajo autoridad del Código de Bienestar e Instituciones, Sección 14100.2).

CÓMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO

La mejor manera de solicitar una audiencia es llenando el formulario "SOLICITUD DE AUDIENCIA" de la página siguiente. Haga una copia de la parte de enfrente y atrás para sus archivos, después envíe el formulario lleno a la dirección que se encuentra a continuación o llame al 1-800-952-5253, y por TDD al 1-800-952-8349 para personas con problemas auditivos, o envíe la solicitud en línea en:
https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx

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

Proceso de Audiencia Imparcial del Estado

SOLICITUD DE AUDIENCIA

Deseo solicitar una audiencia debido a una acción tomada con respecto a Medi-Cal por mi Plan de Salud Mental, Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

☐ Marque esta casilla si desea una audiencia del Estado urgente e incluya abajo la razón.

Esta es la razón:

_____

_____

_____

_____

☐ Marque esta casilla y añada una página si necesita más espacio.

Mi nombre: (letra de molde) _____

Mi número de seguro social: XXX-XX-_____

Mi dirección: (letra de molde) _____

Mi número de teléfono: **( )** _____

Mi firma: _____ **Fecha:** _____

Necesito un intérprete gratuito. Mi idioma o dialecto es el:

_____

Deseo que la persona que indico abajo me represente en esta audiencia. Autorizo a dicha persona a consultar mi expediente y a presentarse por mí en la audiencia.

Nombre: (letra de molde) _____

Dirección: (letra de molde) _____

Número de teléfono: **( )** _____

English
ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711).

Español (Spanish)
ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 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 1-888-743-1478 (TTY: 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 1-888-743-1478 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-743-1478 (TTY: 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 1-888-743-1478 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian)
ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY (հեռատիպ)՝ 711):

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-743-1478 (телетайп: 711).

فارسی (israF)
توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می‌کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می‌باشد. با 1-888-743-1478 (TTY: 711) 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。
1-888-743-1478 (TTY: 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 1-888-743-1478 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸ ੀਂ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਿੇ ਹੋ, ਤਾੀਂ ਭਾਸ਼ਾ ਧ ਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਿ ਹੈ। 1-888-743-1478 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

(cibarA) العربية

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-743-1478
(رقم هاتف الصم والبكم: 711).

हिंदी (Hindi) ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-743-1478 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្នៈ រ រ េីសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែ , រសវាជំនួយមនន កភាសា រោយមិនគិតុ្ឌ្ឌ្ឌ្ឌ ក៏អាចមានសំវា ់ ំរ រ េីអ្នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທຣ 1-888-743-1478 (TTY: 711).