



**AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIO
AVISO DE RESOLUCIÓN OPORTUNA DE QUEJAS Y APELACIONES**

ASUNTO: _____

De acuerdo con nuestros registros, usted presentó una _____] ante el _____ el _____. Desafortunadamente, El Plan no terminó de revisar el _____ dentro del plazo establecido.

Le pedimos disculpas por la demora en el procesamiento de su _____. Estamos trabajando en ella y le comunicaremos nuestra decisión lo antes posible.

Puede apelar esta decisión. El aviso informativo "Sus derechos" adjunto le indica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe con su apelación cualquier información o documento que pueda ayudar con su apelación. El aviso informativo "Sus derechos" adjunto proporciona plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al Equipo de Acceso al Plan al 1-800-870-8786 (gratuito) o al 1-707-565-6900. Si tiene problemas para hablar o oír, llame a TTY/TTD: 711 para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como fuente grande, Braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el Plan llamando al 1-800. -870-8786 o 1-707-565-6900 (24 horas al día, 7 días a la semana), o TTY: 711.

Si el Plan no le ayuda a satisfacer sus necesidades y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del Pueblo de Atención Administrada de Medi-Cal del estado puede ayudarle con cualquier pregunta. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m. PST, excepto feriados, al 1-888-452-8609.

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

Coordinador de Reclamos
QA Clinical Specialist
Sonoma County Behavioral Health Division
2227 Capricorn Way
Santa Rosa, CA 95407-5419

Adjuntos:

- Sus derechos bajo la atención administrada de Medi-Cal,
 - Aviso de no discriminación para miembros,
 - Notificación de Asistencia Idiomática
-



NOABD - SUS DERECHOS COMO BENEFICIARIO DE MEDI-CAL

Si desea que le enviemos este aviso u otros documentos del División de Salud Conductual del Condado de Sonoma (BHD) en un formato alternativo, como un formato de letra grande, braille o electrónico, o si necesita ayuda para leer el material, comuníquese con el BHD 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 CON BHD.

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 BHD 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. BHD le brindará asistencia gratuita en caso de que necesite ayuda.

- **Para presentar una apelación por teléfono:** Comuníquese con el coordinador de reclamos de BHD 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 TTY: 711.
- **Para presentar una apelación por escrito:** Complete un formulario de queja o escriba una carta BHD y envíela a la siguiente dirección:

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

Su proveedor le brindará el formulario de apelación. BHD 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 BHD tenga la respuesta, le enviará un Aviso de resolución de apelación. En esa carta, se le informará la decisión BHD. 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 BHD 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://www.cdss.ca.gov/hearing-requests>
- **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.



AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN PARA MIEMBROS

La discriminación es contra la ley. División de Salud Conductual Del Condado De Sonoma (BHD) sigue las leyes federales de derechos civiles. BHD no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

BHD proporciona:

- Ayudas y servicios gratuitos para personas con discapacidad para ayudarles a comunicarse mejor, tales como:
 - o Intérpretes cualificados de lengua de signos
 - o Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Servicios de idiomas gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
 - o Intérpretes calificadas
 - o Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el equipo de acceso de BHD (**24 horas** al día, **7 días** a la semana) llamando al 1-800-870-8786 (sin cargo) o al 707-565-6900. O, si no puede oír ni hablar Bueno, llame al TTY 711.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si cree que BHD no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante BHD. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- **Por teléfono:** comuníquese con el Coordinador de quejas de BHD llamando al 707-565-7895 (lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.), o llamando al 1-800-870-8786 (llamada gratuita), las **24 horas**, los **7 días** de la semana. O, si no puede oír o hablar bien, llame a TYY/TDD 711.
- **Por escrito:** complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

**Grievance Coordinator QA Clinical Specialist
Sonoma County Behavioral Health Division
2227 Capricorn Way
Santa Rosa, CA 95407-5419**
- **En persona:** visite el consultorio de su proveedor o el BHD y diga que desea presentar una queja.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. por teléfono, por escrito o electrónicamente:

- **Por teléfono:** Llame al 1-800-368-1019. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a TTY/TDD 1-800-537-7697.
- **Por escrito:** Complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

Los formularios de queja están disponibles en: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- **Electrónicamente:** Visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.

(Russian) Русский слоган

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия ТТУ: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (линия ТТУ: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

(Tagalog) Tagalog Tagline

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

(Thai) แท็กไลน์ภาษาไทย

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

(Ukrainian) Примітка українською

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

(Vietnamese) Khẩu hiệu tiếng Việt

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-800-870-8786 or 1-707-565-6900 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.