



NOTICE OF ADVERSE BENEFIT DETERMINATION (NOABD)

SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como de letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el Centro de Acceso a la Salud Conductual llamando al 1-888-246-3333.

SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS, USTED PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA CON SU PLAN.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de "Aviso de Determinación Adversa sobre Beneficios" para presentar una apelación. **Si está actualmente recibiendo tratamiento y quiere continuar con el tratamiento, debe solicitar una apelación en el plazo de 10 días** a partir de la fecha de esta carta O antes de la fecha determinada en su Plan como de suspensión de servicios. Usted debe indicar que quiere seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe dar seguimiento con una apelación por escrito firmada. El Departamento de Servicios de Salud Conductual le darán ayuda sin costo si la necesita.

- **Para apelar por teléfono:** Comuníquese con la Oficina de Agravios/Apelaciones en horario de oficina (8am – 5pm) al 1-628-754-9299. También puede comuníquese con el Centro de Acceso de la Salud Conductual (Behavioral Health Access Center) las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-888-246-3333. O, si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame al 711 (TDD/TTY).
- **Para apelar por escrito:** Llene un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

**San Francisco Behavioral Health Services
Grievance/Appeal Office
1380 Howard Street, 2nd Floor
San Francisco, CA 94103**

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. El Departamento de Servicios de Salud Conductual también puede enviarle un formulario.



Puede presentar una apelación usted mismo. O bien, puede pedirle a alguien como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado que presente la apelación por usted. A esta persona se le llama "representante autorizado." Puede enviar cualquier tipo de información que quiera que su plan tome en cuenta. Su apelación será analizada por una persona distinta a la persona que tomó la primera decisión.

Su plan tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento, usted recibirá una carta de "Aviso de resolución de apelación". Esta carta le dirá lo que el Plan ha decidido. **Si no recibe una carta con la decisión del Plan en el plazo de 30 días, puede solicitar una "Audiencia estatal" y un juez estudiará su caso.** Favor de leer la sección a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

APELACIONES EXPEDITAS (ACELERADAS)

Si usted cree que esperar 30 días dañará su salud, es posible que pueda obtener una respuesta en el plazo de 72 horas. Cuando presente su apelación, indique por qué la espera perjudicará su salud. Asegúrese de solicitar una "**apelación expedita**".

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Aviso de Resolución de Apelación" que le informa que su Plan seguirá sin prestarle los servicios, o **si nunca recibió una carta comunicándole la decisión, y han pasado más de 30 días**, usted puede solicitar una "Audiencia estatal" y un juez estudiará su caso. Usted no tendrá que pagar por una audiencia estatal.

Debe solicitar una audiencia estatal en el plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Aviso de resolución de apelación". Puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si no tiene dificultades para hablar o escuchar, llame a **TTY/TDD al 1-800-952-8349**.
- **Electrónicamente:** Puede solicitar una audiencia estatal en línea. Conéctese al sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para llenar el formulario electrónico: [Hearing Request](#)
- **Por escrito:** Llene un formulario de Audiencia estatal o envíe una carta a:

**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, fecha de nacimiento y la razón por la que quiere una audiencia estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar la Audiencia Estatal, agregue el nombre, dirección y número telefónico de esa persona en el formulario o la carta. Si usted necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después de que haya solicitado una audiencia estatal, podría tomar hasta 90 días en decidir sobre su caso y enviarle una respuesta. Si cree que esperar ese tiempo dañaría su salud, es posible que pueda obtener una respuesta en el plazo de 3 días laborales. Podría pedirle a su proveedor o plan a que escriban una carta por usted, o puede escribir una usted mismo. La carta debe explicar a detalle cómo el esperar hasta 90 días para la decisión de su caso provocará un daño grave para su vida o salud, o su capacidad de obtener, conservar o recuperar una funcionalidad máxima. Luego pida una “**audiencia expedita**” y envíe la carta con su solicitud de una audiencia.

Representante autorizado

Puede hablar usted mismo en la audiencia estatal, o alguien como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, entonces debe informar a la oficina de audiencias estatales que la persona tiene permiso de hablar por usted. A esta persona se le llama "representante autorizado."

AYUDA LEGAL:

Tal vez pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de asistencia legal en su condado al 1-888-804-3536.