CONTRA COSTA
HEALTH
1340 Arnold Drive, Suite 200 | Martinez, CA 94553 | Teléfono: (925) 957-5131 | Fax: (925) 370-3011
cchealth.org

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS
Relativa a su solicitud de tratamiento

[Date]

[Member's Name]
[Address]
[City, State, Zip]

[Treating Provider's Name]
[Address]
[City, State, Zip]

Asunto: Cita inicial de salud mental

[You or your provider [Name of Requesting Provider]] ha solicitado a [Facility/Program Name] que obtenga o apruebe Cita inicial de salud mental. [Plan or name of requesting provider] no le ha brindado los servicios en el plazo de 15 días hábiles. De acuerdo con nuestros registros, usted solicitó servicios, o los servicios fueron solicitados en su nombre, el [date requested].

Lamentamos la demora en la prestación puntual de los servicios. Estamos trabajando en su solicitud y le brindaremos una Cita inicial de salud mental pronto.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso informativo titulado “Sus derechos” adjunto a la presente le explica cómo hacerlo. Además, le indica dónde puede obtener asistencia para su apelación. Esto también incluye asistencia legal gratuita. Lo invitamos a enviar cualquier información o documentos con su apelación que puedan contribuir con ella. El aviso informativo titulado “Sus derechos” adjunto brinda un cronograma que debe seguir al solicitar una apelación.

El Plan puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar a CCBH, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., excluyendo los días festivos, al 925-957-5131. Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número de TTY/TTD 711, de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., excluyendo los días festivos, para obtener ayuda.

Si necesita este aviso u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, braille o en formato

CONTRA COSTA
HEALTH
1340 Arnold Drive, Suite 200 | Martinez, CA 94553 | Teléfono: (925) 957-5131 | Fax: (925) 370-3011
cchealth.org

electrónico, o desea obtener ayuda para leer este material, comuníquese con CCBH llamando al 925-957-5131.

Si no está conforme con la ayuda que le brinda el plan o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor de los Derechos del Paciente (Ombudsman Office) de Atención Médica Administrada de Medi-Cal del Estado (State Medi-Cal Managed Care) puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. PST, sin incluir los días feriados, al 1-888-452-8609.

Este aviso no afecta ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

[Facility/Program Name]_____

Documentos adjuntos*: "Sus derechos en virtud de la Atención Médica Administrada de Medi-Cal"*
Aviso de disponibilidad

[Enclose notice with each letter]

Si necesita este aviso u otros documentos del Condado en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, braille o en formato electrónico, o desea obtener ayuda para leer este material, comuníquese con el Condado de Contra Costa llamando al 925-957-5131.

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN ADOPTADA RESPECTO AL TRATAMIENTO PARA SU SALUD MENTAL O POR CONSUMO DE SUSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE SU CONDADO.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene un plazo de **60 días** a partir de la fecha en esta carta de “Aviso de determinación adversa de beneficios” para presentar una apelación. Si su Condado decidió reducir, suspender o terminar el tratamiento que ya está recibiendo, tiene derecho a solicitar que el condado continúe proporcionando ese tratamiento mientras se revisa su apelación. Esto se denomina Ayuda pagada pendiente. Para recibir ayuda pagada pendiente, debe solicitarnos una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha en esta carta o antes de la fecha en que el Condado dijo que sus servicios se detendrán, lo que ocurra más tarde. A pesar de que su Condado debe darle ayuda pagada pendiente cuando solicita una apelación dentro de los plazos anteriores, debe informar a su Condado cuando solicite una apelación que desea obtener Ayuda pagada pendiente hasta que se decida su apelación. No será responsable del costo de la continuación del tratamiento si la decisión de la apelación confirma la determinación adversa de beneficios del Condado.

Si deja pasar el período de 10 días para solicitar una apelación O no solicita una apelación antes de la fecha en que su Condado dice que se suspenderán los servicios, todavía tiene 60 días a partir de la fecha de esta carta de Aviso de determinación adversa de beneficios para solicitar una apelación. Sin embargo, no recibirá ayuda pagada pendiente mientras se decide su apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito: Si presenta una apelación por teléfono, debe darle seguimiento con una apelación escrita firmada. El Condado le brindará asistencia de manera gratuita en caso de que necesite ayuda.

- Para presentar una apelación por teléfono: Comuníquese con el Condado de Contra Costa de lunes a viernes, de 9 a. m. a 5 p. m., excepto los días festivos, llamando al 925-957-5131. O bien, si tiene dificultades auditivas o del habla, llame al 711.

- Para apelar por escrito: Complete un formulario de apelación o escriba una carta y envíelos a:

  Contra Costa County
  1340 Arnold Dr. Suite 200
  Martinez, CA 94553

  En el consultorio de su proveedor médico podrá obtener formularios de apelación. El Condado de Contra Costa también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo. También puede pedirle a un pariente, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado que presente la apelación por usted. Esta persona se llama "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que desee que su Condado analice. Su apelación será revisada por un proveedor distinto al que tomó la primera decisión.

Su Condado cuenta con un plazo de 30 días para darle una respuesta. En ese momento, usted recibirá una carta de "Aviso de resolución de apelación". Esa carta le informará qué ha decidido el Condado. **De no recibir un carta con la decisión del plan dentro de 30 días, puede solicitar una "Audiencia estatal" y un juez revisará su caso**. Por favor, lea en la siguiente sección las instrucciones para solicitar una Audiencia Estatal.

Condado
APELACIONES EXPEDITAS

Si considera que una espera de 30 días será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 72 horas. Al presentar su apelación, mencione los motivos por los cuales la espera puede afectar su salud. Asegúrese de solicitar una "**apelación expedita"**.

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Aviso de resolución de apelación" en la que le informan que su plan de salud no prestará los servicios, o bien **si nunca recibió una carta en la que le informen la decisión y han transcurrido más de 30 días,** usted puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** siguientes a la fecha de la carta de "Aviso de resolución de apelación". Si su Condado continuó proporcionándole el tratamiento en disputa durante el proceso de apelación del Condado, usted tiene derecho a solicitar que el Condado continúe proporcionándole ese tratamiento hasta que haya una decisión sobre su Audiencia Estatal. **Si usted actualmente está recibiendo tratamiento y desea continuar su tratamiento mientras se revisa su solicitud de Audiencia Estatal, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 10 días** posteriores a la fecha en que se le entregó el "Aviso de resolución de apelación". Cuando solicite una Audiencia Estatal, debe mencionar que desea continuar recibiendo tratamiento. Usted no será responsable del costo de continuar con el tratamiento si la decisión de la Audiencia Estatal confirma la determinación adversa de beneficios del Condado. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Usted puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:

- Por teléfono: Llame al **1-800-952-5253**. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a la línea **TTY/TDD 1-800-952-8349**.

- Electrónicamente: Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do

- Por escrito: Complete un formulario de audiencia estatal o envíe una carta a esta 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, la fecha de nacimiento y el motivo por el que usted solicita una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia del Estado, especifique su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Le facilitaremos uno.

El proceso para tomar una decisión sobre su caso y enviarle una respuesta puede llevar hasta 90 días después de que solicite la Audiencia del Estado. Si considera que una espera prolongada será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o Condado que le escriban una carta o usted mismo puede escribir una. La carta debe explicar en detalle los motivos por los que una espera de hasta 90 días para la resolución de su caso perjudicará gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar al máximo sus funciones. A continuación, solicite una **"audiencia expedita"** y proporcione la carta junto con su solicitud de audiencia.

Representante autorizado

Usted puede hablar por sí mismo en la Audiencia Estatal. Un pariente, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informarle a la oficina de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hablar en su representación. Esta persona se llama “representante autorizado”.

ASISTENCIA LEGAL

Usted puede obtener asistencia legal gratuita. Además, puede comunicarse con la Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.

Notice of Availability of Language Assistance Services and Auxiliary Aids and Services

English

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-678-7277 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-678-7277 (TTY: 711). These services are free of charge.

العربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-678-7277 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-678-7277 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-678-7277 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-678-7277 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-678-7277 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-678-7277 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

繁體中文 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-678-7277 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-678-7277 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-678-7277 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-678-7277 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

हिंदी (Hindi)
ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-678-7277 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-678-7277 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

Hmoob (Hmong)
CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-678-7277 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-678-7277 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

日本語 (Japanese)
注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-678-7277 (TTY: 711)へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。 1-888-678-7277 (TTY: 711)へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

한국어 (Korean)
유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-678-7277 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-678-7277 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

ພາສາລາວ (Laotian)
ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-678-7277 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-678-7277 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

Mien
LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux1-888-678-7277 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-678-7277 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)
ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-678-7277 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-678-7277 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

Русский (Russian)
ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-678-7277 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-678-7277 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

Español (Spanish)
ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-678-7277 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-678-7277 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

Tagalog (Filipino)
ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-678-7277 (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 1-888-678-7277 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

ภาษาไทย (Thai)
โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-678-7277 (TTY: 711) น
อกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-678-7277 (TTY: 711)
ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

Українська (Ukrainian)
УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-678-7277 (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 1-888-678-7727 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

Tiếng Việt (Vietnamese)
CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-678-7277 (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 1-888-678-7277 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.