# AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA PARA LOS BENEFICIOS

# Acerca de su solicitud de tratamiento

#### Date

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Beneficiary’s Name* |  | *Treating Provider’s Name* |
|  |  |  |
| *Address* |  | *Address* |
|  |  |  |
| *City, State Zip* |  | *City, State Zip* |

### ASUNTO: *Service Requested*

Este aviso le informa que *San Bernardino County Department of Behavioral Health (DBH, also referred to as the Plan throughout this document)* ha determinado que su condición de salud mental no cumple con los criterios de necesidad médica para ser elegible para servicios especializados de salud mental.

|  |
| --- |
| *1. Using plain language, insert a description of the criteria or guidelines used, including a citation to the specific regulations and plan authorization procedures that support the action; and* |
| *2. The clinical reasons for the decision regarding medical necessity* |

Aunque no califica para servicios especializados de salud mental, es posible que pueda recibir servicios de salud mental no especializados del *Health Plan or Entity responsible for mental health services, e.g., physical health care provider.* Puede llamarlos al *telephone number*.

*If applicable, insert additional action taken by the Mental Health Plan to coordinate care and/or additional follow-up needed by the Member****.***

Puede apelar esta decisión si la considera incorrecta. El aviso de información adjunto titulado "Sus derechos" (NOABD) le explica cómo. También le dice dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Le recomendamos que envíe con su apelación cualquier información que pueda ayudarle. El aviso de información adjunto "Sus derechos" (NOABD) proporciona los plazos que debe seguir al solicitar una apelación.

Puede solicitar copias gratuitas de toda la información utilizada para tomar esta decisión. Esto incluye una copia de la disposición actual de los beneficios, la guía, el protocolo o los criterios en los que basamos nuestra decisión. Para solicitarlo, llame a *Clinic Phone Number* at *Clinic,* OR

|  |  |
| --- | --- |
|  | *The DBH Access Unit at 1 (888) 743-1478* |
|  | *Substance Use Disorder and Recovery Services (SUDRS) at 1 (800) 968-2636* |
| *24 hours a day, 7days a week*. | |

Si actualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiendo servicios mientras decidimos sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que El Plan de salud mental dice que los servicios se suspenderán o reducirán.

El Plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al El Plan *24 hours a day, 7 days a week* al *1 (888) 743-1478*.

Si tiene problemas auditivos o del habla, llame al número TTY/TTD *7-1-1*, entre *24 hours a day, 7 days a week* para recibir ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos El Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con El Plan llamando al *1 (888) 743-1478.*

Si el Plan no lo ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina del Defensor del cuidado administrado por Medi-Cal del Estado puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamarlo de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. PST, excepto festivos, al 1 (888) 452-8609.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Authorized Printed Name | Authorized Signature |

Adjunto: "Sus derechos" (NOABD)

Frases de asistencia lingüística

Aviso de no discriminación al beneficiario

**SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL** **(NOABD)**

Si necesita este aviso y/u otros documentos *del Condado de San Bernardino Departamento de Salud Mental y Comportamiento (DBH, también referido como El Plan a lo largo de este documento)* en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o un formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con El Plan llamando al *1 (888) 743-1478.*

**SI NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU TRATAMIENTO DE SALUD MENTAL O USO DE SUSTANCIA, 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 para los beneficios" para presentar una apelación. **Siactualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiendo servicios, debe solicitar una apelación dentro de los** **10 días** a partir de la fecha de esta carta O antes de la fecha en que el Plan de salud mental dice que los servicios se suspenderán. Debe decir que desea seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe realizar un seguimiento con una apelación por escrito y firmada. El Plan le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

* Para apelar por teléfono: Póngase en contacto con El Plan entre *24 horas al día, 7 días a la semana* llamando al *1 (888) 743-1478*. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, llame al *7-1-1* TTY/TDD.
* Para apelar por escrito: Llene un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

*Condado de San Bernardino*

*Departamento de Salud Mental y Comportamiento*

*Attn: Access Unit*

*303 E. Vanderbilt Way*

*San Bernardino, CA 92415*

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. El Plan también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo. O bien, puede solicitar a alguien como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado presente la apelación por usted. Esta persona se llama un "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que desee que el Plan revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente a la persona que tomó la primera decisión.

Su Plan tiene 30 días para darle una respuesta. En ese momento recibirá una carta de "Notificación de resolución de la apelación". Esta carta le dirá lo que el Plan ha decidido. **Si no recibe una carta con la decisión del Plan dentro de los 30 días, puede solicitar una "Audiencia estatal" y un juez revisará su caso.** Por favor, lea la sección a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

**APELACIONES ACELERADAS**

Si cree que esperar 30 días perjudicará su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de 72 horas. Cuando presente su apelación, diga por qué la espera perjudicará su salud. Asegúrese de solicitar una **"apelación acelerada"**.

**AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Notificación de resolución de apelación" que le informa que su Plan no brindará los servicios, o si **usted nunca recibe una carta que le comunique la decisión y ya han pasado más de 30 días,** usted puede solicitar una "Audiencia estatal" y un juez revisarán su caso. No tendrá que pagar por la Audiencia estatal.

Usted debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Aviso de Resolución de Apelación". Durante la emergencia de salud pública COVID-19, el plazo para solicitar una audiencia estatal se ha extendido **120 días adicionales**. Si usted recibe una carta de "Aviso de Resolución de Apelación" desde el 1 de marzo de 2020 hasta el final de la emergencia de salud pública COVID-19, debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **240 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 tiene problemas auditivos o del habla, llame a **TTY/TDD al 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://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
* Por escrito: Llene un formulario de Audiencia estatal o envíe una carta a:

**Departamento de Servicios Sociales de California**

**División de audiencias estatales**

**P.O. Box 944243, Estación de correo 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 desea una audiencia estatal. Si alguien lo está ayudando a solicitar una Audiencia estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono al formulario o carta. Si necesita un intérprete, escriba el idioma que habla. No tendrá que pagar por el intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de solicitar una audiencia estatal, la decisión de su caso y la respuesta pueden demorar hasta 90 días. Si cree que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de 3 días hábiles. Puede solicitarle a su proveedor o Plan que escriba una carta por usted, o puede escribir una usted mismo. La carta debe explicar detalladamente cómo esperar hasta 90 días para que se decida su caso perjudicaría seriamente su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo funcionamiento. Luego, solicite una **"audiencia acelerada"** y proporcione la carta con su solicitud de 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 en su nombre, debe informar a la oficina de audiencias estatales que la persona puede hablar por usted. Esta persona se llama un "representante autorizado".

**AYUDA LEGAL**

Puede obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de Ayuda legal en su condado al 1 (888) 804-3536.

**AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN**

La discriminación es ilegal. *El Condado de San Bernardino Departamento de Salud Mental y Comportamiento (DBH por sus siglas en inglés, también referido como El Plan a lo largo de este documento)* sigue las leyes federales de derechos civiles. *DBH* no discrimina, excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

*DBH* proporciona:

* Ayudas y servicios gratuitos a personas con discapacidades para ayudarlos a comunicarse mejor, como:
* Intérpretes de lenguaje de señas calificados
* Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
* Servicios de idioma gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
* Intérpretes calificados
* Información escrita en otros idiomas

Si requiere estos servicios, póngase en contacto con *la Unidad de Acceso de DBH* *las 24 horas al día, 7 días a la semana* llamando al *1 (888)743-1478.* O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame al *7-1-1* TTY/TDD.

**CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si considera que *DBH* no ha prestado estos servicios o que lo ha discriminado de otra forma según su raza, color de piel, país de origen, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja a la *Unidad de Acceso de DBH*. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

* Por teléfono: Póngase en contacto con *la Unidad de Acceso de DBH* entre *las 24 horas al día, 7 días a la semana* llamando al *1 (888) 743-1478*. O bien, si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame al *7-1-1* TTY/TDD.
* Por escrito: Llene un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

*Condado de San Bernardino*

*Departamento de Salud Mental y Comportamiento*

*Attn: Access Unit*

*303 E. Vanderbilt Way*

*San Bernardino, CA 92415*

* En persona: Visite la oficina de su proveedor o *clinica de DBH* y diga que desea presentar una queja.

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

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

* Por teléfono: Llame al **1 (800) 368-1019.** Si tiene problemas auditivos o del habla, llame a **TTY/TDD al 1 (800) 537-7697**.
* Por escrito: Llene un formulario de Audiencia estatal o envíe una carta a:

**Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos**

**200 Independence Avenue, SW**

**Sala 509F, Edificio HHH**

**Washington, D.C. 20201**

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

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

**LANGUAGE TAGLINES**

**English Tagline**

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-743-1478 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-743-1478 (TTY: 711). These services are free of charge.

**الشعار بالعربية (Arabic)**

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-743-1478   
(TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-743-1478   
(TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

**Հայերեն պիտակ (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711)։ Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ` Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր։ Զանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY: 711)։ Այդ ծառայություններն անվճար են։

**ឃ្លាសម្គាល់ជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)**

ចំណាំ៖ បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផុស សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-743-1478 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

**简体中文标语 (Chinese)**

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-743-1478   
(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 1-888-743-1478 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

**(Farsi) مطلب به زبان فارسی**

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-743-1478 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-743-1478 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

**हिंदी टैगलाइन (Hindi)**

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-743-1478   
(TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-743-1478 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

**Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)**

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-743-1478 (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 1-888-743-1478 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

**日本語表記 (Japanese)**

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-743-1478 (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。 1-888-743-1478 (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 태그라인 (Korean)**

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-743-1478 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

**ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)**

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-743-1478 (TTY: 711). ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສຳລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມີໂຕພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ   
1-888-743-1478 (TTY: 711). ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

**Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiemx longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-743-1478   
(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 1-888-743-1478 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

**ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

**ਧਿਆਨ ਦਿਓ:** ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478  
(TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ| ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-743-1478 (TTY: 711).  
ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ|

**Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-743-1478 (линия TTY: 711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

**Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-743-1478   
(TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al   
1-888-743-1478 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

**Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa   
1-888-743-1478 (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 1-888-743-1478 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyong ito.

**แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข   
1-888-743-1478 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-743-1478 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

**Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-743-1478 (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 1-888-743-1478 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

**Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số   
1-888-743-1478 (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 1-888-743-1478 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.