

# **FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN O APELACIÓN ACELERADA**



**CONDADO DE CONTRA COSTA  
SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

## **ASISTENCIA LINGÜÍSTICA**

---

### **English**

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call (888) 678-7277 (TTY: 711).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request. Call (888) 678-7277 (TTY: 711).

### **Español (Spanish)**

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (888) 678-7277 (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 (888) 678-7277 (TTY: 711).

### **Tagalog (Filipino)**

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (888) 678-7277 (TTY: 711).

### **한국어 (Korean)**

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (888) 678-7277 (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 (888) 678-7277 (TTY: 711)。

## **Հայերեն (Armenian)**

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք (888) 678-7277 (TTY: 711).

## **Русский (Russian)**

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (888) 678-7277 (TTY: 711).

## **فارسی (Farsi)**

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد با (888) 678-7277 (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。(888) 678-7277 (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 (888) 678-7277 (TTY: 711).

## ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। (888) 678-7277 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

## العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم (888) 678-7277 (TTY: 711) رقم هاتف الصم والبكم: 711

## हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। (888) 678-7277 (TTY: 711) पर कॉल करें।

## ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร (888) 678-7277 (TTY: 711).

## ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: អ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិតថ្លៃ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូល ទូរស័ព្ទ (888) 678-7277 (TTY: 711)។

## ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ (888) 678-7277 (TTY: 711).

## **EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y ACELERADA)**

Si necesita ayuda para completar este formulario:

- Puede pedírsela a cualquier miembro del personal de cada programa.
- Puede llamar al Defensor de Quejas (no es un empleado directo del condado) al **(925) 293-4942**. Se aceptan llamadas de cobro revertido.

### **¿Qué es una apelación estándar?**

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de un problema que usted tiene con el Plan de Salud Mental de Contra Costa (Mental Health Plan, MHP) o con el Plan de sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System Plan, DMC-ODS) o con su proveedor acerca de la denegación o cambios en los servicios que usted considera que necesita. Si solicita una apelación estándar, el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa debe decidir acerca de su apelación en un plazo de 30 días corridos desde el momento en el que MHP recibe su solicitud de apelación. Los plazos para tomar una decisión pueden prorrogarse por hasta 14 días corridos si usted solicita una prórroga, o si MHP o DMC-ODS de Contra Costa considera que se necesita información adicional, y que la demora es beneficiosa para usted. En caso de que usted considere que una espera de 30 días pondrá en riesgo su salud, debe solicitar una ‘apelación acelerada.

## Apelación estándar:

- Puede presentar una apelación verbalmente o por escrito. Si usted presenta su apelación verbalmente, debe efectuar su seguimiento con una apelación por escrito y firmada. Si no realiza el seguimiento con una apelación por escrito y firmada, su apelación no se resolverá. Sin embargo, la fecha en la que usted presentó la apelación verbal se considerará la fecha de presentación de la apelación. Las apelaciones verbales deben presentarse ante la Oficina de Mejoramiento de la Calidad, llamando al **(925) 957-5160**.
- La presentación de una apelación no pesará en su contra ni en contra de su proveedor de ninguna forma.
- Puede autorizar a otra persona a actuar en su representación si firma un formulario de *Divulgación de información* para que esa persona conozca información confidencial.
- Sus beneficios se mantendrán durante el proceso de apelación. Para obtener más información, consulte el manual del beneficiario.
- El personal que revisa las apelaciones y toma las decisiones está calificado para hacerlo y no ha participado en ningún nivel previo de revisión ni de toma de decisiones.
- Usted o su representante pueden examinar su expediente, incluida su historia clínica, y cualquier otro documento o registro considerado durante el proceso de apelación.
- Usted tiene una oportunidad razonable para presentar pruebas y argumentos de hecho y de derecho, en forma personal o por escrito.

- Usted, su representante o el representante legal de la sucesión de un miembro fallecido serán incorporados como parte en la apelación.
- El MHP o el DMC-ODS de Contra Costa le informarán que está revisando su apelación a través de una confirmación por escrito.
- Una vez que se agoten las posibilidades de apelaciones locales, los clientes de Medi-Cal pueden presentar al Estado una Solicitud de Audiencia Estatal llamando al (800) 743-8525 o al (855) 795-0634, o llame a la línea de consulta y respuesta pública, sin cargo, al (800) 952-5253 o TDD (800) 952-8349.

## **¿Cómo puedo presentar una apelación?**

Para obtener ayuda sobre cómo completar una apelación, puede llamar a la Línea de Acceso al (888) 678-7277 o al Coordinador de Mejoramiento de la Calidad al (925) 957-5160. El formulario de Apelación/Apelación acelerada incluido en este manual se debe enviar por correo utilizando los sobres con dirección impresa disponibles que proporciona el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa. Si usted no tiene un sobre con dirección impresa, puede enviar su apelación directamente a la dirección de este formulario o por correo electrónico a [BHSQualityAssurance@cchealth.org](mailto:BHSQualityAssurance@cchealth.org) o por fax al (925) 957-5156. Las apelaciones se pueden presentar verbalmente o por escrito. Si usted presenta su apelación verbalmente, debe efectuar su seguimiento con una apelación por escrito y firmada.

## **¿Cómo sé si se ha resuelto mi apelación?**

Cuando se haya tomado una decisión con respecto a su apelación, el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa le informarán a usted o a su representante por escrito. La notificación incluirá:

- El resultado del proceso de resolución de la apelación.
- La fecha en la que se resolvió la apelación.
- Si la apelación no se resuelve por completo a su favor, la notificación también contendrá información referida a su derecho a una Audiencia Estatal y el procedimiento para presentar una Audiencia Estatal.

## **¿Existe una fecha límite para presentar una apelación?**

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días desde la fecha de la Notificación de Denegación de Beneficio. Tenga en cuenta que no siempre recibirá una Notificación de Denegación de Beneficio. En los casos en que no se recibe una Notificación de Denegación de Beneficio, no hay fecha límite para presentar una apelación, por lo tanto, puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

## **Apelación acelerada**

Si usted considera que una espera de 30 días para la resolución de una apelación estándar pondrá en riesgo su vida, su salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar su funcionalidad máxima, puede solicitar la resolución de una apelación acelerada. Si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa acepta que su apelación cumple con los requisitos, el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa resolverá su apelación acelerada en un plazo de 72 horas desde la recepción de la apelación por parte del MHP.

Los plazos para tomar una decisión pueden prorrogarse por hasta catorce 14 días corridos si usted solicita una prórroga, o si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa demuestra que se necesita información adicional, y que la demora es beneficiosa para usted. Si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa prorroga los plazos, le brindará una explicación por escrito acerca de los motivos por los cuales se extendieron los plazos.

Si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa decide que su apelación no cumple los requisitos para una apelación acelerada, debe hacer esfuerzos razonables para avisarle verbalmente en forma oportuna y le notificará por escrito en un plazo de dos días corridos, explicándole el motivo de la decisión. Su apelación entonces seguirá los plazos de una apelación estándar, mencionados anteriormente en esta sección. Si usted no está de acuerdo con la decisión del MHP o del DMC-ODS de Contra Costa en cuanto a que su apelación no cumple con los criterios para una apelación acelerada, puede presentar una queja. Una vez que el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa resuelva su solicitud de apelación acelerada, les notificará a usted y a todas las partes afectadas, en forma verbal y por escrito.



SOLO PARA USO DE LA OFICINA

Apelación n.º \_\_\_\_\_

Fecha de recibido \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE APELACIÓN O APELACIÓN ACELERADA

Servicios de salud mental

Servicios de trastorno de consumo de sustancias

Aquellos clientes que desean que se revise una decisión que afecta su atención médica pueden presentar una apelación al completar este formulario. Las decisiones que pueden ser apeladas son las que reducen, suspenden o cancelan un servicio que usted ha estado recibiendo.

**Usted no será objeto de ninguna forma de discriminación, multa, sanción o restricción por ejercer sus derechos de apelación.**

Marque aquí si solicita una apelación acelerada y el Servicio de Salud de Comportamiento evaluará para determinar si su solicitud cumple los criterios.

1. Para proceder con una apelación, es necesaria la siguiente información. *Escriba con letra de imprenta o a máquina*

Fecha de hoy	
Nombre	
Tutor legal si es en nombre de un menor	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono	Mejor hora para llamar
Proveedor afectado	

2. Escoja la(s) decisión(es) que desea apelar. Se le debe haber informado a usted mediante un formulario de Notificación de determinación adversa de beneficios la decisión que afecta su atención médica. (Añada páginas si es necesario).
- Su trastorno de salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para recibir servicios hospitalarios como paciente hospitalizado ni servicios profesionales relacionados.
  - Su trastorno de salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para recibir servicios especializados de salud mental que no sean servicios hospitalarios como paciente hospitalizado. (Enumere los motivos)
- 

- Su trastorno de consumo de sustancias no cumple con los criterios de necesidad médica para recibir servicios ambulatorios de trastorno de consumo de sustancias.
  - Su trastorno de consumo de sustancias no cumple con los criterios de necesidad médica para recibir servicios residenciales de trastorno de consumo de sustancias.
  - Los servicios solicitados no están cubiertos por el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa.
  - El MHP o el DMC-ODS de Contra Costa le solicitó a su proveedor información adicional para autorizar los servicios. Aún no se ha recibido esa información.
  - El MHP o el DMC-ODS de Contra Costa ha aprobado los siguientes servicios en lugar de los que solicitó su proveedor, con base en la información disponible de su trastorno de salud mental o trastorno de consumo de sustancias y necesidades de servicios.
  - Otro: (Por favor, describa) \_\_\_\_\_
-

3. Agregue cualquier otra cosa que desearía darnos a conocer. Puede adjuntar páginas adicionales.

---

FIRMA DE LA PERSONA  
QUE PRESENTA LA  
SOLICITUD

FECHA

REMITA ESTE FORMULARIO A:

QUALITY IMPROVEMENT COORDINATOR  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION  
1340 Arnold Dr., #200, Martinez, CA 94553  
Teléfono (925) 957-5160 Fax (925) 957-5156

## **Nuestra misión**

La misión de Salud del Comportamiento de Contra Costa (Contra Costa Behavioral Health), en colaboración con los usuarios, las familias, el personal y organismos de base comunitaria, consiste en ofrecer servicios integrados y receptivos de salud mental, contra el abuso de sustancias, para la falta de vivienda y otras necesidades, que promuevan el bienestar, la recuperación y la resiliencia, respetando la complejidad y diversidad de las personas a las que atendemos.

## **Nuestra visión**

Salud del Comportamiento de Contra Costa preconiza un sistema de atención que promueve la independencia, la esperanza y la vida sana al brindar acceso a servicios de salud del comportamiento receptivos, integrados, compasivos y respetuosos.