

## SUS DERECHOS DE ACUERDO A MEDI-CAL

---

Si necesita esta notificación y/u otros documentos del Plan en algún formato alternativo de comunicación tales como fuente grande, Braille o en formato electrónico, o si desea que lo ayuden a leer el material, por favor contacte a los Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación de Marin llamando al 1-888-818-1115.

**SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN TOMADA PARA SU SALUD MENTAL O TRATAMIENTO POR DESORDEN DE USO DE SUSTANCIAS, USTED PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN ES PRESENTADA CON SU PLAN**

### **COMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Usted tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta "Notificación de Determinación De Beneficios Adversa" para presentar una apelación. **Si usted está actualmente recibiendo tratamiento y quiere seguir recibiendo tratamiento, usted debe solicitar una apelación dentro de los 10 días siguientes** a partir de la fecha en esta carta O antes de la fecha en la que su Plan dice que cesarán. Usted debe decir que quiere continuar recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Usted puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si usted presenta una apelación por teléfono, debe hacerle seguimiento con una apelación por escrito y firmada. El Plan le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

- **Para apelar por teléfono:** Contacte a los Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación de Marin entre las 8:00am y las 5:00pm llamando al 1-888-818-1115. O, si tiene problemas de audición o de habla, por favor llame al TTY: 711
- **Para apelar por escrito:** Complete un formulario de apelación o una carta escrita a su plan y envíela a:

Marin Behavioral Health and Recovery Services  
Attention: Quality Improvement  
20 N. San Pedro Rd.  
San Rafael, CA 94903

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles para usted. Los Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación también pueden enviarle un formulario.

Usted puede presentar una apelación por sí mismo o puede hacer que un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado lo haga por usted. Esta persona se llama

“representante autorizado”. Usted puede enviar cualquier tipo de información que usted desee que su 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, usted recibirá una carta de “Notificación de Resolución de la Apelación”. Esta carta le dirá lo que el Plan ha decidido. **Si usted no recibe una carta con la decisión del Plan dentro de 30 días, puede pedir una “Audiencia Estatal” y un juez revisará su caso.** Por favor lea la sección abajo para obtener instrucciones de como solicitar una Audiencia Estatal.

## **APELACIONES URGENTES**

Si usted cree que esperar 30 días dañará su salud, quizá usted pueda obtener una respuesta dentro de 72 horas. Cuando presente su apelación, diga por qué el esperar dañará su salud. Asegúrese de preguntar por una “**apelación urgente**”.

---

## **AUDIENCIA ESTATAL**

Si usted presentó una apelación y recibió una carta de “Notificación de Resolución de la Apelación” informándole que igual no se le proporcionará el servicio o **nunca recibió una carta informándole de la decisión y ya han pasado más de 30 días**, usted puede solicitar una Audiencia Estatal y un juez revisará su caso. Usted no tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Usted debe solicitar una Audiencia Estatal dentro de los **120 días** siguientes a la fecha de la carta de “Notificación de Resolución de la Apelación”. Usted puede pedir una Audiencia Estatal por teléfono, de manera electrónica o por escrito:

- Por teléfono: llame al **1-800-952-5253**. Si no puede hablar o escuchar bien, por favor llame al **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- De manera electrónica: Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea, Por favor, visite el Departamento de Servicios Sociales de California para completar el formulario electrónico: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
- Por escrito: Complete el 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 telefónico, fecha de nacimiento y la razón por la cual quiere una Audiencia Estatal. Si alguien le está ayudando a solicitar una Audiencia Estatal, incluya su nombre, dirección y

número telefónico en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, díganos que idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Usted obtendrá uno.

Una vez que usted pregunte por una Audiencia Estatal, podría tardarse hasta 90 días en decidir su caso y enviarle una respuesta. Si cree que esperar tanto tiempo dañará su salud, quizá usted pueda obtener una respuesta en 3 días hábiles. Quizá usted quiera solicitar a su proveedor o Plan que escriba una carta por usted o usted puede escribirla por sí solo. La carta debe explicar en detalle por qué esperar hasta 90 días para que se decida su caso dañará seriamente su vida, su salud, o su habilidad de obtener, mantener o recuperar su funcionalidad máxima. Luego, solicite una “audiencia urgente” y proporcione la carta con su solicitud de audiencia.

### **Representante Autorizado**

Usted puede hablar en la Audiencia Estatal o alguien como un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si quiere que otra persona hable por usted, entonces usted debe informarle a la oficina de Audiencia Estatal que a dicha persona le está permitido hablar por usted. Esta persona es llamada un “Representante Autorizado”

### **AYUDA LEGAL**

Es posible que usted pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa de Ayuda Legal (Legal Aid) en su condado al 1-888-804-3536.