



SAN MATEO COUNTY HEALTH

## BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

**Quality Management**  
1950 Alameda de las Pulgas  
Suite 157  
San Mateo, CA 94403  
650-573-3431 T  
650-525-1762 F  
[smchealth.org/bhrs](http://smchealth.org/bhrs)

*“NOABD Your Rights”*

### SUS DERECHOS CONFORME A MEDICAL

Si necesita este aviso u otros documentos del San Mateo County Behavioral Health and Recovery Services (BHRS) en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con BHRS por teléfono al (800) 388-5189.

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

#### CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de "Notificación de determinación adversa de beneficios" para presentar una apelación. Si su plan decidió reducir, suspender o finalizar el tratamiento que ya recibe, tiene derecho a solicitar que el plan continúe brindándole dicho tratamiento en tanto se revisa su apelación. A esto se le llama ayuda pagada pendiente. Para calificar para la ayuda pagada pendiente, debe solicitar una apelación a su plan dentro de los 10 días posteriores a partir de la fecha de esta carta o antes de la fecha en que su plan indique que finalizarán los servicios, lo que ocurra más tarde. Si bien su plan debe otorgarle la ayuda pagada pendiente cuando solicita una apelación dentro de los plazos mencionados, debe informarle al plan, en el momento de solicitar la apelación, que desea recibir la ayuda pagada pendiente hasta que se tome una decisión sobre su apelación.

No será responsable del costo de la continuación del tratamiento si la decisión respecto a la apelación confirma la determinación adversa de beneficios del plan.

Si no cumple con el plazo de 10 días para solicitar una apelación O no la solicita antes de la fecha que indique su plan para la interrupción de los servicios, aún tiene 60 días a partir de la fecha de esta Notificación de determinación adversa de beneficios para solicitarla. Sin embargo, no recibirá la ayuda pagada pendiente mientras se toma una decisión respecto a su apelación.



Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si presenta una apelación por teléfono, debe presentar una apelación firmada por escrito. Office of Consumer and Family Affairs (OCFA) de BHRS le brindará asistencia gratuita si la necesita.

- Para apelar por teléfono: Comuníquese con OCFA entre las horas de funcionamiento de 8am a las 5pm PST T, llamando al número de teléfono (800) 388-5189 O, si tiene problemas del habla o de audición, llame al (800) 855-7100
- Para apelar por escrito: Llene un formulario de apelación o escriba una carta dirigida a su plan y envíela a:

Office of Consumer & Family Affairs  
1950 Alameda de las Pulgas, San Mateo CA 94403

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

Puede presentar una apelación usted mismo(a). O bien, puede pedirle a alguien, como un familiar, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado, que la presente en su nombre. A esta persona se le llama "representante autorizado". Puede enviar cualquier tipo de información que desee que BHRS revise. Su apelación la revisará un proveedor diferente al 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 apelación". Esta carta le informará la decisión que tomó el plan. **Si no recibe una carta con la decisión del plan en un plazo de 30 días, puede solicitar una "audiencia estatal" y un juez revisará su caso.** 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 en un plazo de 72 horas. Al presentar su apelación, explique por qué esperar 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" informándole que su plan seguiría sin prestarle los servicios, o **si nunca recibió una carta con la decisión y han pasado más de 30 días**, puede solicitar una "audiencia estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por la audiencia estatal.

Debe solicitar una audiencia Estatal en un plazo de **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Notificación de resolución de apelación". Si su plan continuó brindándole el tratamiento en disputa durante el proceso de apelación del plan, tiene derecho a solicitar que el plan continúe brindándole dicho tratamiento hasta que se tome una decisión en su audiencia estatal. **Si actualmente recibe tratamiento y desea continuarlo mientras se revisa su solicitud de audiencia estatal, debe solicitarla dentro de los 10 días** a de apelación". Cuando solicita una audiencia estatal, debe decir que quiere seguir recibiendo su tratamiento. No será responsable del costo de la continuación del tratamiento si la decisión respecto a la audiencia estatal confirma la determinación adversa de beneficios del plan. No tendrá que pagar por la audiencia estatal.

Puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, por vía electrónica or por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si no puede hablar o escuchar bien, llame a la línea TTY/TDD 1-800-952-8349.
- **Por vía electrónica:** Puede solicitar una audiencia estatal en línea. Visite el sitio web del Departamento de Servicios Sociales de California (California Department of Social Services) para llenar el formulario electrónico: <https://acms.dss.ca.gov/acms/login.request.do>
- **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**



SAN MATEO COUNTY HEALTH

## BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES

### Quality Management

1950 Alameda de las Pulgas

Suite 157

San Mateo, CA 94403

650-573-3431 T

650-525-1762 F

[smchealth.org/bhrs](http://smchealth.org/bhrs)

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y el motivo por el que desea una audiencia estatal. Si alguien le ayuda a solicitar una audiencia estatal, incluya el nombre, dirección y número de teléfono de esta persona en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después de que solicita una audiencia estatal, es posible que pasen hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso y se le envíe una respuesta. Si considera que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o plan que escriba una carta por usted, o puede escribirla usted mismo. La carta debe explicar en detalle cómo esperar hasta 90 días para que se decida su caso dañará gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima. Después, solicite una “**audiencia acelerada**” y proporcione la carta con su solicitud de audiencia.

### **Segunda opinión**

Si lo solicita, tiene derecho a solicitar una segunda opinión de un profesional de atención médica calificado dentro o fuera de la red sin costo adicional.

### **Representante autorizado**

Usted puede hablar en la audiencia estatal. O bien, una persona, como un familiar, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado, puede hablar en su nombre. Si desea que otra persona hable en su nombre, debe informar a la Oficina de Audiencias Estatales (State Hearing Office) que esa persona puede hacerlo. A esta persona se le llama "representante autorizado".

### **AYUDA LEGAL**

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. También podría llamar al Programa de Ayuda Legal (Legal Aid Program) de su condado al 1-888-804-3536.