

**Programa Especializado de Salud Mental de Medi-Cal
NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN
(Evaluación)**

"

.....Fecha: _____

A: _____, Número de Medi-Cal _____

El Plan de Salud Mental del Condado de LOS ANGELES ha decidido, después de analizar los resultados de una evaluación de su condición de salud mental, que su condición no cumple con las normas de necesidad médica, a fin de reunir los requisitos para recibir servicios especializados de salud mental a través del plan.

Según la opinión del Plan de Salud Mental, su condición de salud mental no cumplió con las normas de necesidad médica, que se cubren en los reglamentos estatales de la Sección 1830.205 del Título 9 del Código de Reglamentos de California (*California Code of Regulations – CCR*), por la razón marcada a continuación:

Su diagnóstico de salud mental según se indica en la evaluación no lo cubre el Plan de Salud Mental (Sección 1830.205(b)(1) del Título 9 del *CCR*).

Su condición de salud mental no le ocasiona problemas en su vida diaria lo suficientemente graves como para hacerle reunir los requisitos a fin de recibir servicios especializados de salud mental proporcionados por el Plan de Salud Mental (Sección 1830.205(b)(1) del Título 9 del *CCR*).

Los servicios especializados de salud mental a su disposición por parte del Plan de Salud Mental probablemente no le ayudarán a mantener o a mejorar su condición de salud mental (Sección 1830.205(b)(1) del Título 9 del *CCR*).

Su condición de salud mental respondería al tratamiento por parte de un proveedor de atención médica física (Sección 1830.205(b)(1) del Título 9 del *CCR*).

Si usted está de acuerdo con la decisión del plan, y le gustaría recibir información sobre cómo encontrar un proveedor fuera del plan para que le de tratamiento, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (800) 854-7771 o escribir a:

Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

Si usted no está de acuerdo con la decisión del plan, puede hacer uno o más de lo siguiente:

Puede pedirle al plan que haga los arreglos para obtener una segunda opinión sobre su condición de salud mental. Para esto, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (213) 738-4949 o escribir a:

Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

Usted puede presentar una apelación a su plan de salud mental. Para hacer esto, usted puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (213) 738-4949 o escribir a:

Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

o seguir las instrucciones en el folleto de información que su plan de salud mental le ha dado. Usted debe presentar la apelación antes de 90 días a partir de la fecha de esta notificación. En la mayoría de los casos el plan de salud mental deberá tomar una decisión sobre su apelación antes de 45 días de la fecha en que recibieron su queja. Usted puede pedir que le aceleren su apelación, a la cual se le debe dar una decisión en menos de 3 días hábiles, si usted cree que un retraso podría causar serios problemas con su salud mental, incluyendo problemas con su habilidad de obtener, mantener o recuperar funciones importantes en su vida.

Si tiene preguntas acerca de esta notificación, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al (213) 738-4949 o escribir a: Programa de Servicios al Beneficiario, Oficina de Derechos de Pacientes, 550 S. Vermont Ave., Los Angeles, CA 90020

Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede solicitar una audiencia estatal. En el reverso de este formulario se le explica cómo solicitarla.

NOA-A Spanish (28/23/4227)

"

Staff

Signature _____

Print Staff

Name _____

Date _____

SUS DERECHOS DE AUDIENCIA

Usted tiene solamente 90 días para solicitar una audiencia. Los 90 días empiezan a partir de:

1. El día posterior al cual se le dio personalmente el aviso de la decisión sobre la apelación del Plan de Salud Mental, O:
2. El día posterior a la fecha del sello postal del aviso de la decisión sobre la apelación del Plan de Salud Mental.

Petición para acelerar una audiencia:

Por lo regular, lleva aproximadamente 90 días a partir de la fecha de su queja para tomar una decisión de Audiencia. Si usted piensa que este período de tiempo le puede causar serios problemas a su salud mental, incluyendo problemas con su habilidad de obtener, mantener o recuperar funciones importantes en su vida, puede pedir que le aceleren su audiencia. Para pedir que se acelere su audiencia, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo SOLICITAR AUDIENCIA, incluya la razón por la cual pide que se acelere su audiencia. Si su solicitud para acelerar su audiencia es aprobada, se le dará la decisión a su audiencia en menos de 3 días hábiles a partir de la fecha en que se haya recibido su solicitud por la División de Audiencias Estatales.

A fin de mantener sus mismos servicios mientras espera que le concedan una audiencia:

- Usted debe solicitar una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que recibió esta notificación personalmente, o de su fecha de envío por correo, o antes de la fecha vigente del cambio, o después de cualquiera de estas opciones, la que suceda más tarde.
- Sus servicios de salud mental de Medi-Cal serán los mismos mientras no se haga una decisión final de audiencia que sea adversa para usted, o que usted retire su demanda para la audiencia, o cuando el periodo de tiempo o los límites por sus servicios actuales expiren, o cualquiera de estas opciones pase primero.

Reglamentos Estatales Disponibles:

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren las audiencias estatales, están disponibles en la oficina local de asistencia social de su condado.

Cómo obtener ayuda?

Usted puede obtener ayuda legal gratuita en su oficina local de asistencia legal o de otros grupos. Usted puede solicitar información acerca de sus derechos sobre audiencias o asistencia legal gratuita a la Unidad de Preguntas y Respuestas al Público.

Llame gratis al: 1-800-952-5253
Si tiene problemas de sordera o usa un aparato TDD, llame al 1800-952-8349

Representante Autorizado:

Usted puede representarse a sí mismo(a) en la audiencia estatal. También puede ser representado por alguna amistad, abogado o alguien más que usted elija. Usted mismo(a) debe conseguir a su representante.

Notificación del Decreto de Prácticas Informativas (Sección 1798 y las que siguen, del Código Civil de California). La información que se le pide anotar en este formulario se necesita para tramitar su petición para una audiencia. Es posible que el trámite se retrase si la información no está completa. La Unidad de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales preparará un expediente para su caso.

caso. Usted tiene derecho a examinar los materiales que conforman el registro de la decisión y puede localizar este registro comunicándose con la Unidad de Preguntas y Respuestas al Público (el número de teléfono aparece anteriormente). Cualquier información que usted proporcione se podría compartir con el Plan de Salud Mental, el Departamento de Servicios de Salud del Estado y el de Salud Mental y con el Departamento de Salud de Servicios Humanos de los Estados Unidos (Autoridad: Sección 14100.2 del Código de Instituciones y Asistencia Social).

COMO SOLICITAR UNA AUDIENCIA ESTATAL

La mejor manera de pedir una audiencia es llenando esta página. Haga una fotocopia del frente y del reverso para su información. Entonces, envíe esta página a:

State Fair Hearings Division
California Department of Social Services
P.O. Box 944243, Mail Station 19-37
Sacramento, CA 94244-2430

Otra manera de solicitar la audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si usted tiene problemas auditivos y utiliza un aparato TDD, por favor llame al 1-800-952-8349.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA

Estoy solicitando una Audiencia Estatal Imparcial debido a mi desacuerdo con una acción relacionada a Medi-Cal llevada a cabo por el Plan de Salud Mental del Condado de Los Angeles.

Marque aquí si desea que se acelere su audiencia e incluya la razón.
Las razones son: _____

Marque aquí y agregue una página si usted necesita más espacio.

Mi nombre: (con letra de molde) _____

Mi No. de Seguro Social: _____

Mi dirección:(con letra de molde) _____

Mi número de teléfono : (_____) _____

Mi firma: _____

Fecha: _____

Necesito un intérprete sin costo para mí. Mi idioma o dialecto es: _____

Quiero que la persona indicada a continuación me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis expedientes y para que vaya a la audiencia por mí.

Nombre _____

Dirección _____

Número de teléfono: _____