# AVISO DE DETERMINACIÓN DE BENEFICIOS ADVERSOS

# Acerca de su solicitud de tratamiento

[Date of Letter]

[Beneficiary’s Name] [Treating Provider’s Name]

[Beneficiary’s address] [Treating Provider’s Address]

### **Asunto: Servicios especializados de salud mental (SMHS)**

Este aviso le informa que el **Plan de Salud Mental del Condado de Los Ángeles (el Plan)** 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 según el **Aviso de información de salud conductual (BHID) nro.: 21-073 del Departamento de Cuidado y Servicios de Salud de California (DHCS)**.

**Según nuestra evaluación:**

**[Select one of the following reasons for Outpatient Services for beneficiaries 21 years of age or older]**

* No tiene un impedimento significativo, donde impedimento se define como angustia, discapacidad o disfunción social, laboral u otras actividades importantes **O** una probabilidad razonable de deterioro significativo en un área importante del funcionamiento de la vida.
* No tiene una condición debido a un trastorno de salud mental diagnosticado, según los criterios de las ediciones actuales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud o una condición debido a una sospecha de trastorno mental que aún no ha sido diagnosticado.
* Los Servicios especializados de salud mental (SMHS) no son necesarios desde el punto de vista médico para proteger la vida, prevenir enfermedades graves o discapacidades significativas, o aliviar dolores intensos.

**[Select the following reasons for Outpatient Services for beneficiaries under 21 years of age]**

* No tiene una condición que lo ponga en riesgo alto de sufrir un trastorno de salud mental debido a la experiencia de un trauma evidenciado por una puntuación en el rango de riesgo alto según una herramienta de detección de trauma, la participación en el sistema de bienestar infantil, participación en la justicia juvenil o por estar sin hogar.
* **Y**
* No tiene un impedimento significativo, una probabilidad razonable de deterioro significativo en un área importante del funcionamiento de la vida, una probabilidad razonable de no progresar en el desarrollo según corresponda, o una necesidad de servicios especializados de salud mental O no tiene una condición que se deba a un trastorno de salud mental diagnosticado, de acuerdo con los criterios de las ediciones actuales del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales y la Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas relacionados con la salud, un trastorno de salud mental sospechado que aún no ha sido diagnosticado, o trauma significativo que lo pone en riesgo de una condición de salud mental futura, según la evaluación de un profesional de salud mental con licencia.
* Los Servicios especializados de salud mental (SMHS) no son necesarios desde el punto de vista médico para corregir o mejorar una condición de salud mental.

**[Select one of the following reasons for Inpatient Services]**

Su diagnóstico de salud mental, si lo hubiere, no está cubierto por SMHS según el Título 9 de CCR, sección 1820.205(a)(1).

Su condición de salud mental puede tratarse en un nivel de atención más bajo según el Título 9 de CCR, Sección 1820.205(a)(2)(A).

**[Enter addition information if needed]**

Si bien no califica para servicios especializados de salud mental, es posible que pueda recibir servicios de salud mental no especializados de [Health Plan or Entity Responsible]. Puede llamar al [Health Plan phone number].

Puede apelar esta decisión si cree que es incorrecta. El aviso adjunto de información "Sus derechos" le indica cómo hacerlo. También le indica dónde puede obtener ayuda con su apelación. Esto también significa ayuda legal gratuita. Lo animamos a que envíe junto con su apelación cualquier información o documento que pueda ayudar en su apelación. El aviso adjunto de información “Sus derechos” brinda 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 guía, protocolo o criterio que usamos para tomar nuestra decisión. Para solicitar esto, llame ***al Plan*** al **(800) 700-9996**.

Si actualmente está recibiendo servicios y desea seguir recibiéndolos mientras tomamos una decisión sobre su apelación, debe solicitar una apelación dentro de los **10 días** a partir de la fecha que figura en esta carta, o antes de la fecha en que su plan de salud mental indique que los servicios se interrumpirán o reducirán.

El Plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para obtener ayuda, puede llamar al **Plan de lunes a viernes de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Hora del Pacífico (PST)** al **(800) 700-9996**. Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al número de teléfono de texto (TTY/TTD) al
**(562) 651-2549** **en cualquier momento** para obtener ayuda.

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o formato electrónico, o si desea ayuda para leer el material, comuníquese con el **Plan de salud mental del condado de Los Ángeles (el Plan)** al
**(800) 700-9996**.

Si el Plan no lo ayuda de forma satisfactoria y/o necesita ayuda adicional, la **oficina del defensor del pueblo de Atención administrada de Medi-Cal del Estado** puede ayudarlo con cualquier pregunta. Puede llamar de **lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.** **Hora del Pacífico** **(PST)**, excepto días festivos, al **1(888) 452-8609**.

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

[Staff signature]

[Name of Staff Member, Type of Professional Degree]

[Licensure or Job Title]

[Name of Agency or Program]

Adjunto: “Sus derechos”

 Asistencia de idiomas

 Aviso de no discriminación al beneficiario

MH 748 (Sistema de envío) 5/9/22

SUS DERECHOS BAJO MEDI-CAL

Si necesita este aviso y/u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, como letra grande, Braille o formato electrónico, o si desea recibir ayuda para leer el material, comuníquese con el ***ACCESS Center del DMH*** al **(*800)-854-7771***.

**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 CON SU PLAN.**

**CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días** a partir de la fecha de esta carta de “Aviso de determinación de beneficios adversos” para presentar una apelación. **Si actualmente está recibiendo tratamiento y desea seguir recibiendo tratamiento, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** a partir de la fecha que figura en esta carta O antes de la fecha en que su Plan dice que los servicios se detendrán. 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 hacer un seguimiento con una apelación firmada por escrito. El Plan le proporcionará asistencia gratuita si necesita ayuda.

* Para apelar por teléfono: comuníquese con la ***Unidad de solicitud de autorización de tratamiento del DMH del condado de Los Ángeles*** de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. al **(213) 739-7300**. O, si tiene problemas para escuchar o hablar, llame al **(*213) 738-4888*.**
* Para apelar por escrito: complete un formulario de apelación o escriba una carta a su plan y envíela a:

***Los Angeles County Department of Mental Health TAR Unit***

 ***510 South Vermont Avenue 21st Floor Los Angeles CA 90020***

Su proveedor tendrá formularios de apelación disponibles. La ***Unidad de solicitud de autorización de tratamiento del DMH del condado de Los Ángeles*** también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo. O bien, puede hacer que alguien, como un familiar, amigo, defensor, proveedor o abogado, presente la apelación por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que 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, recibirá una carta de “Aviso de resolución de apelación”. Esta carta le informará 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**. Lea la sección a continuación para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una audiencia estatal.

**APELACIONES ACELERADAS**

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

**AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió una carta de "Aviso de resolución de apelación" que le informa que su plan aún no brindará los servicios, o si **nunca recibió una carta que le informa sobre la decisión y han pasado 30 días**, puede solicitar una “Audiencia estatal” y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por una audiencia estatal.

Debe solicitar una audiencia estatal dentro de los **120 días** a partir de la fecha de la carta de "Aviso de resolución de apelación". Puede solicitar una audiencia estatal por teléfono, de forma electrónica o por escrito:

* Por teléfono: llame al **1(800) 952-5253**. Si tiene problemas para hablar o escuchar, llame al **teléfono de texto (TTY/TDD) al 1(800) 952-8349**.
* De forma electrónica: 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: complete 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

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, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Le conseguiremos uno.

Después de solicitar una audiencia estatal, podría tomar hasta 90 días decidir su caso y enviarle una respuesta. Si cree que esperar tanto dañará su salud, es posible que pueda obtener una respuesta dentro de los 3 días hábiles. Puede pedirle a su proveedor o al 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. Luego, solicite una “**audiencia acelerada**” y proporcione la carta con su solicitud de audiencia.

**Representante autorizado**

Usted mismo puede hablar en la audiencia estatal. O alguien como un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informar a la oficina de Audiencias estatales que la persona puede hablar por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”.

## AYUDA JURÍDICA

Es posible que pueda obtener ayuda legal gratuita. También puede llamar al programa local de Asistencia legal de su condado al **(888) 804-3536**.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación es contra la ley. El ***Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles*** sigue las leyes federales de derechos civiles. El ***Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles*** no discrimina o excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

El ***Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles*** proporciona:

* Asistencia y servicios gratuitos para 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 lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma principal no es el inglés, como:
* Intérpretes calificados
* Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con el ***Centro ACCESS del DMH*** las 24 horas del día, los 7 días de la semana al **(*800) 854-7771***. O, si tiene problemas para escuchar o hablar, llame al **(*800) 854-7771***.

**CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA**

Si cree que el ***Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles*** no proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja ante el ***Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles***. Puede presentar una queja por teléfono, por escrito, en persona o de forma electrónica:

* Por teléfono: comuníquese con ***Derechos del paciente*** de ***8:00 a. m. a 5:00 p. m.*** al
***(213) 738-4888***. O, si tiene problemas para escuchar o hablar, llame al **(*800) 854-7771***.
* Por escrito: complete un formulario de queja o escriba una carta y envíela a:

***Los Angeles County Department of Mental Health, Patient’s Rights Office***

 ***550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020***

En persona: visite el ***Departamento de Salud Mental del Condado de Los Ángeles, oficina de Derechos del paciente******550 South Vermont Avenue, Los Angeles, CA 90020*** y diga que desea presentar una queja.

**OFICINA DE DERECHOS CIVILES**

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la oficina de Derechos civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos por teléfono, por escrito o de forma electrónica:

* Por teléfono: llame al **1(800) 368-1019**. Si tiene problemas para escuchar o hablar, llame al **teléfono de texto (TTY/TDD) al 1(800) 537-7697**.
* Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services**

**200 Independence Avenue, SW**

**Room 509F, HHH Building**

**Washington, D.C. 20201**

Los formularios de quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

* De forma electrónica: visite el Portal de quejas de la oficina de Derechos civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>.





