

## SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL

---

Si necesita este aviso u otros documentos del Plan en un formato de comunicación alternativo, por ejemplo, letras grandes, braille o un formato electrónico, o si desea recibir ayuda para leer el material, comuníquese con el Plan de Salud Mental del Condado de Orange (MHP) o con el Sistema Organizado de Medi-Cal de Tratamiento de Dependencia de Alcohol y Drogas (DMC-ODS) llamando al (866) 308-3074.

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

### **CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN**

Tiene **60 días** a partir de la fecha de este "Aviso de Determinación Adversa de Beneficios" para presentar una apelación. **Si está recibiendo tratamiento actualmente y quiere seguir recibéndolo, debe solicitar una apelación en un plazo de 10 días** desde la fecha de esta carta o antes de la fecha en que el Plan (MHP) indica que se detendrá la prestación de los servicios. Debe indicar que desea continuar recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito. Si la presenta por teléfono, deberá hacer un seguimiento con una apelación escrita y firmada. Si necesita ayuda, el Plan (MHP) le proporcionará asistencia gratuita.

**POR TELÉFONO:** Comuníquese con el *Plan (MHP) del Condado de Orange o con el DMC-ODS* entre las 8:00 AM y las 5:00 PM de lunes a viernes llamando al (866) 308-3074. Si tiene dificultades de audición o del habla, por favor llame al (866) 308-3073.

**POR ESCRITO:** Complete un formulario de apelación o escriba una carta al Plan (MHP) y envíela a la siguiente dirección:

*Plan (MHP) del Condado de Orange o DMC-ODS  
405 W. 5th Street, Suite 410  
Santa Ana, CA 92701*

S proveedor de servicios también tendrá formularios de apelación disponibles. El Plan (MHP) del Condado de Orange o DMC-ODS también pueden enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo. O un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hacerlo en su nombre. Esta persona se denomina

## SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL

“representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que desee que el Plan (MHP) revise. La apelación será evaluada por un proveedor diferente de la persona que tomó la primera decisión.

El Plan (MHP) tiene 30 días para responder. En ese momento, usted recibirá un “Aviso de la Resolución de la Apelación”, en el que se le informará sobre la decisión que tomó el Plan (MHP). **Si no recibe una carta con la decisión del Plan (MHP) en un plazo de 30 días, puede solicitar una “Audiencia Estatal” para que un juez revise su caso.** Lea la siguiente sección para obtener instrucciones sobre cómo solicitar una Audiencia Estatal.

### **APELACIONES ACELERADAS**

Si considera que esperar 30 días perjudicará su salud, puede obtener una respuesta en un plazo de 72 horas. Cuando presente la apelación, indique por qué considera que esperar perjudicará su salud. Debe solicitar una “**apelación acelerada**”.

---

### **AUDIENCIA ESTATAL**

Si presentó una apelación y recibió un “Aviso de la Resolución de la Apelación” en el que se le informó que el Plan no proporcionaría los servicios, o **si después de 30 días no recibió una carta en la que se le informara sobre la decisión**, puede solicitar una “Audiencia Estatal” para que un juez revise su caso. No deberá pagar por la Audiencia Estatal.

Debe solicitar una audiencia estatal en un plazo de **120 días** a partir de la fecha del “Aviso de la Resolución de la Apelación”. Puede hacerlo por teléfono, de manera electrónica o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si tiene dificultades de audición o del habla, llame a la línea **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **De manera 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 la siguiente dirección:

**California Department of Social Services  
State Hearings Division  
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37  
Sacramento, CA 94244-2430**

Indique su nombre, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento y la razón por la que desea una Audiencia Estatal. Si alguien lo ayuda a solicitar una

## **SUS DERECHOS SEGÚN MEDI-CAL**

audiencia estatal, añada el nombre, la dirección y el número de teléfono de esta persona en el formulario o en la carta. Si necesita un intérprete, díganos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Nosotros le conseguiremos uno.

Después de que solicite la Audiencia Estatal, decidir sobre su caso y enviarle una respuesta puede demorar hasta 90 días. Si considera que esperar tanto tiempo perjudicará su salud, puede obtener una respuesta en un plazo de 3 días hábiles. Tal vez desee solicitarle al proveedor o al Plan (MHP) que redacten una carta por usted o puede redactar una usted mismo. La carta debe explicar en detalle por qué esperar hasta 90 días para que se tome una decisión sobre su caso perjudicaría gravemente su vida, su salud o las posibilidades de lograr, conservar o recuperar sus funciones al máximo. Después, solicite una **"Audiencia Acelerada"** y presente la carta con su solicitud de audiencia.

### **Representante autorizado**

En la Audiencia Estatal, puede hablar usted mismo. O un pariente, amigo, defensor, proveedor o abogado puede hablar en su nombre. Si desea que otra persona hable por usted, debe avisar a la oficina de la Audiencia Estatal que esa persona está autorizada para ello. Esta persona se denomina "representante autorizado".

### **AYUDA JURÍDICA**

Puede obtener ayuda jurídica gratuita. También puede llamar al programa de ayuda jurídica de su condado al 1-888-804-3536.