

# **FORMULARIO DE SOLICITUD DE APELACIÓN O APELACIÓN ACELERADA**



**CONDADO DE CONTRA COSTA  
SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO**

# LANGUAGE TAGLINES

## English Tagline

ATTENTION: If you need help in your language call 1-888-678-7277 (TTY: 711). Aids and services for people with disabilities, like documents in braille and large print, are also available. Call 1-888-678-7277 (TTY: 711). These services are free of charge.

## الشعار بالعربية (Arabic)

يُرجى الانتباه: إذا احتجت إلى المساعدة بلغتك، فاتصل بـ 1-888-678-7277 (TTY: 711). تتوفر أيضًا المساعدات والخدمات للأشخاص ذوي الإعاقة، مثل المستندات المكتوبة بطريقة بريـل والخط الكبير. اتصل بـ 1-888-678-7277 (TTY: 711). هذه الخدمات مجانية.

## Հայերեն պիտակ (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ: Եթե Ձեզ օգնություն է հարկավոր Ձեր լեզվով, զանգահարեք 1-888-678-7277 (TTY: 711): Կան նաև օժանդակ միջոցներ ու ծառայություններ հաշմանդամություն ունեցող անձանց համար, օրինակ՝ Բրայլի գրատիպով ու խոշորատառ տպագրված նյութեր: Զանգահարեք 1-888-678-7277 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

## ប្រាសាទជាភាសាខ្មែរ (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-678-7277 (TTY: 711)។ ជំនួយ និង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរផ្សេង សម្រាប់ជនពិការភ្នែក ឬឯកសារសរសេរជាអក្សរពុម្ពធំ ក៏អាចរកបានផងដែរ។ ទូរស័ព្ទមកលេខ 1-888-678-7277 (TTY: 711)។ សេវាកម្មទាំងនេះមិនគិតថ្លៃឡើយ។

## 简体中文标语 (Chinese)

请注意：如果您需要以您的母语提供帮助，请致电 1-888-678-7277 (TTY: 711)。另外还提供针对残疾人士的帮助和服务，例如盲文和需要较大字体阅读，也是方便取用的。请致电 1-888-678-7277 (TTY: 711)。这些服务都是免费的。

## مطلب به زبان فارسی (Farsi)

توجه: اگر می‌خواهید به زبان خود کمک دریافت کنید، با 1-888-678-7277 (TTY: 711) تماس بگیرید. کمک‌ها و خدمات مخصوص افراد دارای معلولیت، مانند نسخه‌های خط بریل و چاپ با حروف بزرگ، نیز موجود است. با 1-888-678-7277 (TTY: 711) تماس بگیرید. این خدمات رایگان ارائه می‌شوند.

## हिंदी टैगलाइन (Hindi)

ध्यान दें: अगर आपको अपनी भाषा में सहायता की आवश्यकता है तो 1-888-678-7277 (TTY: 711) पर कॉल करें। अशक्तता वाले लोगों के लिए सहायता और सेवाएं, जैसे ब्रेल और बड़े प्रिंट में भी दस्तावेज़ उपलब्ध हैं। 1-888-678-7277 (TTY: 711) पर कॉल करें। ये सेवाएं नि: शुल्क हैं।

## Nqe Lus Hmoob Cob (Hmong)

CEEB TOOM: Yog koj xav tau kev pab txhais koj hom lus hu rau 1-888-678-7277 (TTY: 711). Muaj cov kev pab txhawb thiab kev pab cuam rau cov neeg xiam oob qhab, xws li puav leej muaj ua cov ntawv su thiab luam tawm ua tus ntawv loj. Hu rau 1-888-678-7277 (TTY: 711). Cov kev pab cuam no yog pab dawb xwb.

## 日本語表記 (Japanese)

注意日本語での対応が必要な場合は 1-888-678-7277 (TTY: 711) へお電話ください。点字の資料や文字の拡大表示など、障がいをお持ちの方のためのサービスも用意しています。1-888-678-7277 (TTY: 711) へお電話ください。これらのサービスは無料で提供しています。

## 한국어 태그라인 (Korean)

유의사항: 귀하의 언어로 도움을 받고 싶으시면 1-888-678-7277 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 점자나 큰 활자로 된 문서와 같이 장애가 있는 분들을 위한 도움과 서비스도 이용 가능합니다. 1-888-678-7277 (TTY: 711) 번으로 문의하십시오. 이러한 서비스는 무료로 제공됩니다.

## ແທກໄລພາສາລາວ (Laotian)

ປະກາດ: ຖ້າທ່ານຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນພາສາຂອງທ່ານໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-678-7277 (TTY: 711).

ຍັງມີຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອແລະການບໍລິການສໍາລັບຄົນພິການ ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິຕິພິມໃຫຍ່ ໃຫ້ໂທຫາເບີ 1-888-678-7277 (TTY: 711).

ການບໍລິການເຫຼົ່ານີ້ບໍ່ຕ້ອງເສຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ.

### **Mien Tagline (Mien)**

LONGC HNYOUV JANGX LONGX OC: Beiv taux meih qiex longc mienh tengx faan benx meih nyei waac nor douc waac daaih lorx taux 1-888-678-7277 (TTY: 711). Liouh lorx jauv-louc tengx aengx caux nzie gong bun taux ninh mbuo wuaaic fangx mienh, beiv taux longc benx nzangc-pokc bun hluc mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzoih bun longc. Douc waac daaih lorx 1-888-678-7277 (TTY: 711). Naaiv deix nzie weih gong-bou jauv-louc se benx wang-henh tengx mv zuqc cuotv nyaanh oc.

### **ਪੰਜਾਬੀ ਟੈਗਲਾਈਨ (Punjabi)**

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਹਾਨੂੰ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਦੀ ਲੋੜ ਹੈ ਤਾਂ ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-678-7277 (TTY: 711). ਅਪਾਹਜ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬੋਲ ਅਤੇ ਮੋਟੀ ਛਪਾਈ ਵਿੱਚ ਦਸਤਾਵੇਜ਼, ਵੀ ਉਪਲਬਧ ਹਨ। ਕਾਲ ਕਰੋ 1-888-678-7277 (TTY: 711). ਇਹ ਸੇਵਾਵਾਂ ਮੁਫਤ ਹਨ।

### **Русский слоган (Russian)**

ВНИМАНИЕ! Если вам нужна помощь на вашем родном языке, звоните по номеру 1-888-678-7277 (линия TTY: 711). Также предоставляются средства и услуги для людей с ограниченными возможностями, например документы крупным шрифтом или шрифтом Брайля. Звоните по номеру 1-888-678-7277 (линия TTY:711). Такие услуги предоставляются бесплатно.

### **Mensaje en español (Spanish)**

ATENCIÓN: si necesita ayuda en su idioma, llame al 1-888-678-7277 (TTY: 711). También ofrecemos asistencia y servicios para personas con discapacidades, como documentos en braille y con letras grandes. Llame al 1-888-678-7277 (TTY: 711). Estos servicios son gratuitos.

### **Tagalog Tagline (Tagalog)**

ATENSIYON: Kung kailangan mo ng tulong sa iyong wika, tumawag sa 1-888-678-7277 (TTY: 711). Mayroon ding mga tulong at serbisyo para sa mga taong may kapansanan, tulad ng mga dokumento sa braille at malaking print. Tumawag sa 1-888-678-7277 (TTY: 711). Libre ang mga serbisyonang ito.

## **แท็กไลน์ภาษาไทย (Thai)**

โปรดทราบ: หากคุณต้องการความช่วยเหลือเป็นภาษาของคุณ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-678-7277 (TTY: 711) นอกจากนี้ ยังพร้อมให้ความช่วยเหลือและบริการต่าง ๆ สำหรับบุคคลที่มีความพิการ เช่น เอกสารต่าง ๆ ที่เป็นอักษรเบรลล์และเอกสารที่พิมพ์ด้วยตัวอักษรขนาดใหญ่ กรุณาโทรศัพท์ไปที่หมายเลข 1-888-678-7277 (TTY: 711) ไม่มีค่าใช้จ่ายสำหรับบริการเหล่านี้

## **Примітка українською (Ukrainian)**

УВАГА! Якщо вам потрібна допомога вашою рідною мовою, телефонуйте на номер 1-888-678-7277 (TTY: 711). Люди з обмеженими можливостями також можуть скористатися допоміжними засобами та послугами, наприклад, отримати документи, надруковані шрифтом Брайля та великим шрифтом. Телефонуйте на номер 1-888-678-7277 (TTY: 711). Ці послуги безкоштовні.

## **Khẩu hiệu tiếng Việt (Vietnamese)**

CHÚ Ý: Nếu quý vị cần trợ giúp bằng ngôn ngữ của mình, vui lòng gọi số 1-888-678-7277 (TTY: 711). Chúng tôi cũng hỗ trợ và cung cấp các dịch vụ dành cho người khuyết tật, như tài liệu bằng chữ nổi Braille và chữ khổ lớn (chữ hoa). Vui lòng gọi số 1-888-678-7277 (TTY: 711). Các dịch vụ này đều miễn phí.

## **EL PROCESO DE APELACIÓN (ESTÁNDAR Y ACELERADA)**

Si necesita ayuda para completar este formulario:

- Puede pedírsela a cualquier miembro del personal de cada programa.
- Puede llamar al Defensor de Quejas (no es un empleado directo del condado) al **(925) 293-4942**. Se aceptan llamadas de cobro revertido.

### **¿Qué es una apelación estándar?**

Una apelación estándar es una solicitud de revisión de un problema que usted tiene con el Plan de Salud Mental de Contra Costa (Mental Health Plan, MHP) o con el Plan de sistema de entrega organizada de medicamentos de Medi-Cal (Drug Medi-Cal Organized Delivery System Plan, DMC-ODS) o con su proveedor acerca de la denegación o cambios en los servicios que usted considera que necesita. Si solicita una apelación estándar, el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa debe decidir acerca de su apelación en un plazo de 30 días corridos desde el momento en el que MHP recibe su solicitud de apelación. Los plazos para tomar una decisión pueden prorrogarse por hasta 14 días corridos si usted solicita una prórroga, o si MHP o DMC-ODS de Contra Costa considera que se necesita información adicional, y que la demora es beneficiosa para usted. En caso de que usted considere que una espera de 30 días pondrá en riesgo su salud, debe solicitar una ‘apelación acelerada.

## Apelación estándar:

- Puede presentar una apelación verbalmente o por escrito. Si usted presenta su apelación verbalmente, debe efectuar su seguimiento con una apelación por escrito y firmada. Si no realiza el seguimiento con una apelación por escrito y firmada, su apelación no se resolverá. Sin embargo, la fecha en la que usted presentó la apelación verbal se considerará la fecha de presentación de la apelación. Las apelaciones verbales deben presentarse ante la Oficina de Mejoramiento de la Calidad, llamando al **(925) 957-5160**.
- La presentación de una apelación no pesará en su contra ni en contra de su proveedor de ninguna forma.
- Puede autorizar a otra persona a actuar en su representación si firma un formulario de *Divulgación de información* para que esa persona conozca información confidencial.
- Sus beneficios se mantendrán durante el proceso de apelación. Para obtener más información, consulte el manual del beneficiario.
- El personal que revisa las apelaciones y toma las decisiones está calificado para hacerlo y no ha participado en ningún nivel previo de revisión ni de toma de decisiones.
- Usted o su representante pueden examinar su expediente, incluida su historia clínica, y cualquier otro documento o registro considerado durante el proceso de apelación.
- Usted tiene una oportunidad razonable para presentar pruebas y argumentos de hecho y de derecho, en forma personal o por escrito.

- Usted, su representante o el representante legal de la sucesión de un miembro fallecido serán incorporados como parte en la apelación.
- El MHP o el DMC-ODS de Contra Costa le informarán que está revisando su apelación a través de una confirmación por escrito.
- Una vez que se agoten las posibilidades de apelaciones locales, los clientes de Medi-Cal pueden presentar al Estado una Solicitud de Audiencia Estatal llamando al (800) 743-8525 o al (855) 795-0634, o llame a la línea de consulta y respuesta pública, sin cargo, al (800) 952-5253 o TDD (800) 952-8349.

### **¿Cómo puedo presentar una apelación?**

Para obtener ayuda sobre cómo completar una apelación, puede llamar a la Línea de Acceso al (888) 678-7277 o al Coordinador de Mejoramiento de la Calidad al (925) 957-5160. El formulario de Apelación/Apelación acelerada incluido en este manual se debe enviar por correo utilizando los sobres con dirección impresa disponibles que proporciona el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa. Si usted no tiene un sobre con dirección impresa, puede enviar su apelación directamente a la dirección de este formulario o por correo electrónico a [BHSQualityAssurance@cchealth.org](mailto:BHSQualityAssurance@cchealth.org) o por fax al (925) 957-5156. Las apelaciones se pueden presentar verbalmente o por escrito. Si usted presenta su apelación verbalmente, debe efectuar su seguimiento con una apelación por escrito y firmada.



## **¿Cómo sé si se ha resuelto mi apelación?**

Cuando se haya tomado una decisión con respecto a su apelación, el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa le informarán a usted o a su representante por escrito. La notificación incluirá:

- El resultado del proceso de resolución de la apelación.
- La fecha en la que se resolvió la apelación.
- Si la apelación no se resuelve por completo a su favor, la notificación también contendrá información referida a su derecho a una Audiencia Estatal y el procedimiento para presentar una Audiencia Estatal.

## **¿Existe una fecha límite para presentar una apelación?**

Debe presentar una apelación en un plazo de 60 días desde la fecha de la Notificación de Denegación de Beneficio. Tenga en cuenta que no siempre recibirá una Notificación de Denegación de Beneficio. En los casos en que no se recibe una Notificación de Denegación de Beneficio, no hay fecha límite para presentar una apelación, por lo tanto, puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento.

## **Apelación acelerada**

Si usted considera que una espera de 30 días para la resolución de una apelación estándar pondrá en riesgo su vida, su salud, o su capacidad de lograr, mantener o recuperar su funcionalidad máxima, puede solicitar la resolución de una apelación acelerada. Si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa acepta que su apelación cumple con los requisitos, el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa resolverá su apelación acelerada en un plazo de 72 horas desde la recepción de la apelación por parte del MHP.

Los plazos para tomar una decisión pueden prorrogarse por hasta catorce 14 días corridos si usted solicita una prórroga, o si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa demuestra que se necesita información adicional, y que la demora es beneficiosa para usted. Si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa prorroga los plazos, le brindará una explicación por escrito acerca de los motivos por los cuales se extendieron los plazos.

Si el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa decide que su apelación no cumple los requisitos para una apelación acelerada, debe hacer esfuerzos razonables para avisarle verbalmente en forma oportuna y le notificará por escrito en un plazo de dos días corridos, explicándole el motivo de la decisión. Su apelación entonces seguirá los plazos de una apelación estándar, mencionados anteriormente en esta sección. Si usted no está de acuerdo con la decisión del MHP o del DMC-ODS de Contra Costa en cuanto a que su apelación no cumple con los criterios para una apelación acelerada, puede presentar una queja. Una vez que el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa resuelva su solicitud de apelación acelerada, les notificará a usted y a todas las partes afectadas, en forma verbal y por escrito.



*SOLO PARA USO DE LA OFICINA*

Apelación n.º \_\_\_\_\_

Fecha de recibido \_\_\_\_\_

## SOLICITUD DE APELACIÓN O APELACIÓN ACELERADA

Servicios de salud mental

Servicios de trastorno de consumo de sustancias

Aquellos clientes que desean que se revise una decisión que afecta su atención médica pueden presentar una apelación al completar este formulario. Las decisiones que pueden ser apeladas son las que reducen, suspenden o cancelan un servicio que usted ha estado recibiendo.

**Usted no será objeto de ninguna forma de discriminación, multa, sanción o restricción por ejercer sus derechos de apelación.**

Marque aquí si solicita una apelación acelerada y el Servicio de Salud de Comportamiento evaluará para determinar si su solicitud cumple los criterios.

1. Para proceder con una apelación, es necesaria la siguiente información. *Escriba con letra de imprenta o a máquina*

Fecha de hoy	
Nombre	
Tutor legal si es en nombre de un menor	
Fecha de nacimiento	
Dirección	
Ciudad	
Teléfono	Mejor hora para llamar
Proveedor afectado	

2. Escoja la(s) decisión(es) que desea apelar. Se le debe haber informado a usted mediante un formulario de Notificación de determinación adversa de beneficios la decisión que afecta su atención médica. (Añada páginas si es necesario).
- Su trastorno de salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para recibir servicios hospitalarios como paciente hospitalizado ni servicios profesionales relacionados.
  - Su trastorno de salud mental no cumple los criterios de necesidad médica para recibir servicios especializados de salud mental que no sean servicios hospitalarios como paciente hospitalizado.  
(Enumere los motivos)
- 

- Su trastorno de consumo de sustancias no cumple con los criterios de necesidad médica para recibir servicios ambulatorios de trastorno de consumo de sustancias.
  - Su trastorno de consumo de sustancias no cumple con los criterios de necesidad médica para recibir servicios residenciales de trastorno de consumo de sustancias.
  - Los servicios solicitados no están cubiertos por el MHP o el DMC-ODS de Contra Costa.
  - El MHP o el DMC-ODS de Contra Costa le solicitó a su proveedor información adicional para autorizar los servicios. Aún no se ha recibido esa información.
  - El MHP o el DMC-ODS de Contra Costa ha aprobado los siguientes servicios en lugar de los que solicitó su proveedor, con base en la información disponible de su trastorno de salud mental o trastorno de consumo de sustancias y necesidades de servicios.
  - Otro: (Por favor, describa) \_\_\_\_\_
-

3. Agregue cualquier otra cosa que desearía darnos a conocer. Puede adjuntar páginas adicionales.

---

FIRMA DE LA PERSONA  
QUE PRESENTA LA  
SOLICITUD

FECHA

REMITA ESTE FORMULARIO A:

QUALITY IMPROVEMENT COORDINATOR  
BEHAVIORAL HEALTH SERVICES ADMINISTRATION  
1340 Arnold Dr., #200, Martinez, CA 94553  
Teléfono (925) 957-5160 Fax (925) 957-5156

## **Nuestra misión**

La misión de Salud del Comportamiento de Contra Costa (Contra Costa Behavioral Health), en colaboración con los usuarios, las familias, el personal y organismos de base comunitaria, consiste en ofrecer servicios integrados y receptivos de salud mental, contra el abuso de sustancias, para la falta de vivienda y otras necesidades, que promuevan el bienestar, la recuperación y la resiliencia, respetando la complejidad y diversidad de las personas a las que atendemos.

## **Nuestra visión**

Salud del Comportamiento de Contra Costa preconiza un sistema de atención que promueve la independencia, la esperanza y la vida sana al brindar acceso a servicios de salud del comportamiento receptivos, integrados, compasivos y respetuosos.