

**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 ORANGE ha decidido, después de analizar los resultados de una evaluación de su condición de salud mental, que su condición de salud mental 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 medica, 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 del 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 lo 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 esta de acuerdo con la decisión del plan, y le gustaría recibir información sobre como 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 714)834-5647 o escribir a: Patient's Rights Advocacy Services,  
405 W. 5th St., Ste. # 477, Santa Ana, CA 92701

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

Usted puede pedirle al plan que haga los arreglos para obtener una segunda opinión sobre su condición de salud mental. Para esto, usted puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al 1 800 723-8641 o escribir a: Patient's Rights Advocacy Services,  
405 W. 5th St., Ste. # 477, Santa Ana, CA 92701 ((714) 834-5647)

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 (866) 308-3074 o escribir a: Behavioral Health Services, QIPC, P.O. Box 355, Santa Ana, CA 92702-0355, 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 de 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 laborales, si usted cree que un retraso podría causar serios problemas con su salud mental, incluyendo problemas con su habilidad de ganar, mantener o recuperar funcionamientos importantes en su vida.

Si usted tiene preguntas acerca de esta notificación, puede llamar y hablar con un representante de su plan de salud mental al 714) 834-5647 o escribir a: Patient's Right Advocacy Services,  
405 W. 5th St., Ste. # 477, Santa Ana, CA 92701

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

## SUS DERECHOS DE AUDIENCIA

Usted solamente tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días empiezan uno de los dos:

1. El día después de que personalmente le dimos el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental ó
2. El día después de la fecha del sello postal del aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental.

### Petición de acelerar una Audiencia

Por lo regular lleva como 90 días de la fecha de su queja para tomar una decisión de Audiencia. Si usted piensa que esta cantidad de tiempo le causará serios problemas con su salud mental, incluyendo problemas con su habilidad de ganar, mantener o recuperar funcionamientos importantes en su vida, usted 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 e incluya la razón porque pide que se acelere su Audiencia. Si su deseo de acelerar su Audiencia es aprobada, se le dará una decisión de Audiencia en menos de 3 días laborales de la fecha en que su pedido haya sido recibida por la División de Audiencias Estatales.

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

- Usted tiene que solicitar una audiencia en un plazo de 10 días a partir de la fecha en que esta notificación se le envió por correo o se le dió personalmente o antes de la fecha vigente del cambio, lo que suceda más tarde.
- Sus servicios de salud mental de Medi-Cal serán los mismos hasta que se realice su audiencia el cual esta adverso a usted, usted retire su demanda por una audiencia , o el periodo de tiempo o limites de servicio por sus presentes servicios expire, cualquier de estos pase primero.

### Reglamentos Estatales Disponibles

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

### Para 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 es sordo(a) y usa un aparato TDD, llame al 1-800-952-8349

### Representante Autorizado

Usted puede representarse a sí mismo en la audiencia estatal. Usted también puede ser representado por in amigo, abogado o alguien más que usted elija. Usted mismo tiene que conseguir a este 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 del

caso. Usted tiene el 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 las 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 la:**

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

Otra manera de solicitar una audiencia es llamando al 1-800-952-5253. Si usted es sordo y utiliza un aparato TDD, llame al 1-800-952-8349.

## SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA

Yo quiero una audiencia a causa de una acción relacionada con Medi-Cal, por el Plan de Salud Mental del condado de Orange.

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: \_\_\_\_\_