



Fecha: \_\_\_\_\_

A: \_\_\_\_\_, Número de Medi-Cal: \_\_\_\_\_

El Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino ha negado o cambiado la demanda de pago por el proveedor por el siguiente servicio(s):

La petición la hizo (nombre del proveedor): \_\_\_\_\_

La petición original de su proveedor tiene fecha de: \_\_\_\_\_ y su proveedor dice que usted recibió el servicio en la siguiente fecha o fechas: \_\_\_\_\_

**ÉSTA NO ES UNA FACTURA. NO TENDRA QUE PAGAR POR EL SERVICIO O SERVICIOS DESCRITOS EN ESTA FORMA.**

El plan de salud mental tomó esta medida basada sobre la información de su proveedor por la razón indicada a continuación:

Su condición de salud mental, como su proveedor describió a nosotros, no cumple con los criterios de necesidad médica para servicios de hospitalización psiquiátrica o servicios profesionales relacionados con (Título 9, California Código de Regulaciones (CCR), Sección 1820.205).

Su condición de salud mental, como su proveedor describió a nosotros, no cumple con los criterios de necesidad médica para servicios de salud mental especializados aparte de los servicios de hospitalización psiquiátrica por la siguiente razón (Título 9, CCR, Sección 1830.205):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

El servicio proporcionado no es cubierto por el plan de salud mental (Título 9, CCR, Sección 1810.345).

El plan de salud mental solicitó información adicional a su proveedor que el plan necesita para aprobar pago del servicio que usted recibió. A la fecha, no se ha recibido la información.

Otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Si no está de acuerdo con la decisión del plan, puede:**

Archivar una apelación con su plan de salud mental. Para hacer esto, llame y hable a un representante de su plan de salud mental a (909) 386-8227, o escriba a: San Bernardino County MHP, Inpatient Authorization Unit, PO Box 2610, San Bernardino, CA 92406-2610. Otra opción es seguir las instrucciones dentro del folleto de información del plan de salud mental que le han dado. Debe archivar una apelación dentro de 90 días de la fecha de este aviso.

**Si está en desacuerdo con el resultado de su apelación, puede pedir una audiencia estatal. El otro lado de este aviso explica cómo pedir una audiencia. La audiencia estatal decidirá si el plan debe pagar a su proveedor por el servicio que ya recibió. Cualquier decisión de la apelación o audiencia estatal, no tendrá que pagar por el servicio.**

**SUS DERECHOS de AUDIENCIA**

Usted tiene 90 días para pedir una audiencia. Los 90 días comienzan:

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

**Audiencias Estatales Aceleradas (Anticipada)** Generalmente toma aproximadamente 90 días a partir de la fecha de su solicitud para realizar una decisión de audiencia. Si piensa que éste tiempo causará problemas serios con su salud mental, incluso problemas con su habilidad de progresar, mantener o recuperar funciones importantes de la vida, puede solicitar una audiencia estatal acelerada. **Para pedir una audiencia acelerada, favor de marcar la 1ª caja en la columna de la mano derecha de esta página bajo PEDIR AUDIENCIA e incluya la razón porqué pide una audiencia acelerada.** Si su petición de audiencia acelerada se aprueba, se emitirá una decisión de audiencia dentro de tres días laborales de la fecha que su petición es recibida por *State Hearings Division* (por su nombre en inglés).

**Para Mantener Sus Mismos Servicios Mientras espera Una Audiencia**

- Debe pedir una audiencia dentro de 10 días de la fecha en que se le mandó por correo el aviso de la decisión de la apelación del plan de salud mental o se le fue personalmente dado a usted o antes de la fecha vigente del cambio de servicios, o lo que sea más tarde.
- Sus servicios de salud mental de Medi-Cal seguirán igual hasta que se haga una decisión final de la audiencia el cual está adverso a usted, usted retire su solicitud para una audiencia, o el período de tiempo o los límites para sus servicios actuales expiren, lo que ocurra primero.

**Reglamentos Estatales Disponibles**

Reglamentos estatales, incluso aquellos que cubren audiencias estatales, están disponibles en su oficina local del Departamento de Asistencia Transitoria (TAD, por sus siglas en inglés).

**Para Obtener Ayuda**

Puede obtener ayuda legal gratis en la oficina de asesoramiento legal o de otros grupos. Puede preguntar sobre sus derechos de audiencia o asesoramiento legal gratis a la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público: (*Public Inquiry and Response Unit, por su nombre en inglés*):

Llame gratis a: 1-800-952-5253.  
Si está sordo y usa TDD, llame 1-800-952-8349

**Representante Autorizado**

Puede representarse así mismo en la audiencia estatal. Puede ser representado también por un amigo, un abogado o cualquier otra persona que usted elija. Debe hacer arreglos para este representante usted mismo.

**Aviso sobre la Ley de Prácticas de Información**

*(Information Practices Act Notice, California Civil Code Section 1798, et. seq., por su nombre en inglés)*  
La información que se le pide que escriba en esté formulario es necesaria para procesar su petición de audiencia. Se retrasa el proceso si la información no está completa. Un archivo del caso será establecido por la División de Audiencias Estatal del Departamento de Servicios Social. Usted tiene el derecho de examinar los materiales que componen el expediente de decisión y puede localizar este registro poniéndose en contacto con la Oficina de Preguntas y Respuestas al Público (*Public Inquiry and Response Unit, por su nombre en inglés*) (el número de teléfono indicado anteriormente). Cualquier información que provee se podrá compartir con el plan de salud mental, *the State Department of Health Services and Mental Health* y con *U.S. Department of Health and Human Services (Autoridad: Welfare and Institutions Code, Section 14100.2)*

**COMO PEDIR UNA AUDIENCIA ESTATAL**

**La mejor manera de pedir una audiencia es completar esta página. Haga una copia, frente e inverso para sus archivos. Envíe esta página a:**

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

Otra manera de pedir una audiencia es llamar al 1-800-952-5253. Si usted es usuario de TTY marque al 1-800-952-8349.

Otra manera de pedir una audiencia es en la página web:  
<http://www.dss.cahwnet.gov/shd/PG1110.htm>.

**PETICIÓN PARA AUDIENCIA**

Quiero una audiencia debido a una acción relacionada con Medi-Cal por el Plan de Salud Mental del Condado de San Bernardino.

- Marque aquí si quiere que la audiencia estatal sea acelerada (Anticipada) e incluya la razón abajo.

**Aquí está el porqué:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Marque aquí y agrega una página si tiene necesidad de más espacio.

**Mi nombre: (letra de molde)** \_\_\_\_\_

**Mi Número de Seguro Social:** \_\_\_\_\_

**Mi Dirección: (imprima):** \_\_\_\_\_

**Mi número del teléfono: (\_\_\_\_)** \_\_\_\_\_

**Mi firma:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Requiero un intérprete sin ningún costo a mí. Mi idioma o dialecto es \_\_\_\_\_

Quiero que la persona nombrada abajo me represente en esta audiencia. Doy mi permiso para que esta persona vea mis archivos y venga a la audiencia por mí.

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número telefónico: \_\_\_\_\_