

¿Qué es una Apelación?

Servicios del Condado de El Dorado para Trastornos por Uso de Sustancias Formulario de Apelación y Preguntas Frecuentes

¿Qué es una Apelación?

Una Apelación es cuando usted pide que se revise una decisión que afecta sus servicios y con la que no está de acuerdo. El Departamento de Servicios de Salud (DHCS) define una Apelación como:

“Una solicitud para revisar una Decisión Adversa de Beneficios (ABD).”

¿Qué es una Decisión Adversa de Beneficios (ABD)?

Ocurre cuando el Plan DMC-ODS hace una de las siguientes acciones:

- Niega o limita un servicio solicitado
- Reduce, suspende o termina un servicio que ya había sido aprobado
- Niega total o parcialmente el pago de un servicio
- No proporciona los servicios dentro del tiempo requerido
- No responde a una queja o apelación dentro del tiempo requerido

Usted puede presentar una Apelación incluso si no recibió una Notificación de Decisión Adversa de Beneficios (NOABD).

Si no está seguro de si su situación cuenta como una ABD, puede hablar con cualquier empleado de DMC-ODS o llamar al (530) 621-6290 o (800) 929-1955.

¿Dónde Obtengo un Formulario de Apelación?

Los formularios están disponibles en:

- Todos los centros de proveedores de servicios para trastornos por uso de sustancias del Condado
- Todos los programas contratados de SUD
- Cualquier empleado de Salud Conductual puede proporcionarle uno
- Nuestro sitio web: <https://www.eldoradocounty.ca.gov/Health-Well-Being/Behavioral-Health/Substance-Use-Disorder-Services-SUDS>

También puede pedir ayuda para llenar el formulario.

¿Cómo Presento una Apelación?

Plazos para Presentar una Apelación:

- Debe presentar su Apelación dentro de 60 días naturales desde la fecha indicada en la NOABD.
- Si desea que sus servicios actuales continúen mientras se revisa la Apelación (Continuación de Servicios), debe presentar la Apelación dentro de 10 días naturales de la NOABD o antes de la fecha en que entre en vigor el cambio, lo que ocurra más tarde.

Maneras de Presentar la apelación

Puede presentar una Apelación:

- Por teléfono (se permiten Apelaciones verbales)
 - (530) 621-6290
 - (800) 929-1955
- Por escrito usando el formulario
- En persona en cualquier centro del Condado o proveedor de SUD contratado
- A través de un proveedor o representante autorizado (con consentimiento por escrito)

Si necesita ayuda en cualquier momento, puede comunicarse con el Defensor de los Derechos del Paciente al (530) 621-6183. El Condado debe ayudarle a completar la apelación, incluso si necesita apoyo para escribirla.

¿Qué Sucede Después de Presentar una apelación?

Usted recibirá:

- Una confirmación por escrito dentro de 5 días naturales
- Una decisión por escrito (Notificación de Resolución de apelación) dentro de:
 - 30 días naturales para apelaciones normales
 - 72 horas para apelaciones aceleradas

Usted puede revisar su archivo de caso, expediente médico y todos los documentos utilizados en la decisión.

¿Cuál es la diferencia entre una apelación normal y una acelerada?

Apelación normal:

- Se resuelve dentro de 30 días naturales
- Adecuada para la mayoría de situaciones

Apelación acelerada

- Se usa cuando esperar una decisión normal podría poner en riesgo seriamente su vida, salud o funcionamiento.
- Apelación acelerada se resuelve dentro de 72 horas

Usted puede pedir una apelación acelerada, El Condado le informara si su solicitud es aceptada.

¿Qué hago si no estoy de acuerdo con la decisión del Condado?

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia estatal si:

- El Condado mantiene la decisión adversa
- El Condado no resuelve su apelación dentro del tiempo requerido (30 días para una apelación

normal / 72 horas para una apelación acelerada)

Usted debe completar el proceso de apelación del Condado antes de solicitar una audiencia estatal, a menos que el Condado no responda a tiempo.

Plazo para solicitar una audiencia estatal:

- Usted debe solicitar la audiencia estatal dentro de 120 días naturales después de recibir la notificación por escrito de la resolución de su apelación del Condado.

Información de contacto para la audiencia estatal:

State Hearings Division
California Department of Social Services
744 P Street, MS 9-17-37
Sacramento, CA 95814
(800) 952-5253 o (800) 952-8349 (TDD/TTY)

Continuación de servicios

Usted puede solicitar que sus servicios continúen mientras se revisa la apelación. Para esto, debe cumplir con TODAS las condiciones siguientes:

- Su apelación tiene que ver con la reducción, suspensión o terminación de un servicio aprobado
- Su proveedor fue quien ordenó el servicio originalmente
- Su autorización aún está vigente
- Usted solicita la continuación dentro de 10 días de la NOABD o antes de la fecha en que entre en vigor el cambio.

Si la apelación o la audiencia estatal confirma la decisión del Condado, usted no será responsable de pagar el costo de los servicios que recibió durante el proceso de apelación.

Derecho a una segunda opinión

- Usted puede solicitar una segunda opinión de otro proveedor de la red o de un proveedor externo autorizado sin costo para usted.

Protección contra la discriminación y asistencia de idioma

El Condado proveerá:

- Ayuda gratuita en su idioma
- Materiales traducidos
- Ayudas auxiliares
- Protección contra la discriminación

Los avisos requeridos por DHCS sobre protección contra la discriminación y asistencia de idioma deben acompañar este formulario.

DMC-ODS Formulario de apelación

Nombre de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de Medi-Cal (si lo conoce): _____

Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Motivo de su apelación:

Describa la decisión o acción con la que no está de acuerdo y por qué:

Tipo de apelación solicitada

(El Condado determinará si se cumplen los criterios para una apelación acelerada.)

Apelación normal

Apelación acelerada (Usar el tiempo normal podría poner en riesgo mi vida, salud o funcionamiento.)

Ayuda pagada pendiente (continuación de los servicios)

¿Le gustaría seguir recibiendo servicios actuales durante la revisión de la apelación?

Sí

No

¿Alguien le está ayudando a presentar esta apelación (representante)?

Nombre de representante: _____

Relación: _____

Número de teléfono: _____

Autorizo que esta persona me represente en esta apelación: _____

Firma del cliente: _____

Fecha: _____

Firma del miembro

Declaro que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

Firma del representante (si aplica)

Firma: _____

Fecha: _____

Opciones de envío

Teléfono: (530) 621-6290 o (800) 929-1955

En persona: Cualquier proveedor de SUD del condado o contratado

Por correo: 768 Pleasant Valley Rd, Diamond Springs CA 95619

