



CONTRA COSTA
HEALTH

1340 Arnold Drive, Suite 200 | Martinez, CA 94553 | Phone: 925-957-5131 | Fax: 925-957-5156
cchealth.org/bhs

AVISO DE DETERMINACIÓN ADVERSA DE BENEFICIOS Relativa a su solicitud de tratamiento

REF.:

le solicitó a


para obtener o aprobar
no ha proveído los servicios dentro de ! !!! días hábiles. De acuerdo
con nuestros registros, usted solicitó servicios, o los servicios fueron
solicitados en su nombre el

Lamentamos la demora en la prestación puntual de los servicios. Estamos
trabajando en ello y le brindaremos lo antes
posible.

Usted puede apelar esta decisión. El aviso informativo titulado “Sus derechos”
adjunto a la presente le explica cómo hacerlo. Además, le indica dónde puede
obtener asistencia con su apelación. Esto también incluye asistencia legal
gratuita. Lo invitamos a enviar cualquier información o documentos con su
apelación que puedan contribuir con ella. El aviso informativo titulado “Sus
derechos” adjunto brinda un cronograma que debe seguir al solicitar una
apelación.

El plan puede ayudarlo con cualquier pregunta que tenga sobre este aviso. Para
obtener ayuda puede llamar a CCBHS 9AM – 5PM de lunes a viernes,
excluyendo festivos al (925) 957-5131. Si tiene problemas del habla o de
audición, llame al número de TTY/TTD 711, entre las CCBHS 9AM – 5PM de
lunes a viernes, excluyendo festivos para solicitar ayuda.

Si necesita este aviso y/o documentos del plan en
otro formato de comunicación como letra grande,
Braille, o en formato electrónico; o desea obtener



ayuda para leer este material, sírvase comunicarse con CCBHS llamando al (925) 957-5131.

Si el plan no le ayuda a su satisfacción y/o necesita ayuda adicional, la Oficina estatal de defensoría del pueblo de Atención administrada de Medi-Cal puede ayudarle con cualquier pregunta que tenga. Puede llamarlos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. PST, sin incluir los días feriados, al 1-888-452-8609.

Esta notificación no afecta a ninguno de sus otros servicios de Medi-Cal.

Adjunto: “Sus derechos”

NOABD – Timely Access Notice (Revised 5/12/21)

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 بريل 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: Չանգահարեք 1-888-678-7277 (TTY: 711): Այդ ծառայություններն անվճար են:

ប្រាសាទកម្ពុជា (Cambodian)

ចំណាំ: បើអ្នក ត្រូវ ការជំនួយ ជាភាសា របស់អ្នក សូម ទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-888-678-7277 (TTY: 711)។ ជំនួយ នឹង សេវាកម្ម សម្រាប់ ជនពិការ ដូចជាឯកសារសរសេរជាអក្សរធំ 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 ເຊັ່ນເອກະສານທີ່ເປັນອັກສອນນູນແລະມິໂຕພິມໃຫຍ່ 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 hluo mbiutc aengx caux aamz mborqv benx domh sou se mbenc nzaih 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). ਅਪਾਰਜ਼ ਲੋਕਾਂ ਲਈ ਸਹਾਇਤਾ ਅਤੇ ਸੇਵਾਵਾਂ, ਜਿਵੇਂ ਕਿ ਬ੍ਰੇਲ 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 ТТУ: 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 ТТУ: 1-888-678-7277). 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 serbisyon ng 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.

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

La discriminación está prohibida por la ley. Servicios de Salud Conductual de Contra Costa (Contra Costa Behavioral Health Services, CCBHS) cumple las leyes de derechos civiles. CCBHS no discrimina ilegalmente, excluye a las personas ni las trata de manera diferente por motivos de sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupo étnico, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, género identidad u orientación sexual.

CCBHS brinda:

- Asistencia y servicios gratuitos a personas con capacidad a fin de ayudarlas a comunicarse mejor, como por ejemplo:
 - Intérpretes de lengua de señas calificados
 - Información escrita en otros formatos (letras grandes, braille, audio u otros formatos electrónicos accesibles)
- Servicios lingüísticos gratuitos para personas cuyo idioma materno no es el inglés, como por ejemplo:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios comuníquese las 24 horas del día, los 7 días de la semana, llamando al 1-800-678-7277. Si tiene dificultades para escuchar o hablar, sírvase llamar al 711. A solicitud, este documento puede estar disponible para usted en braille, letra grande, audio o formatos electrónicos accesibles.

CÓMO PRESENTAR UNA QUEJA

Si considera que CCBHS no le proporcionado estos servicios o lo ha discriminado injustamente de otra manera con base al sexo, raza, color, religión, ascendencia, origen nacional, identificación de grupos étnicos, edad, discapacidad mental, discapacidad física, condición médica, información genética, estado civil, género, identidad de género u orientación sexual, usted puede presentar una queja ante CCBHS. La queja puede presentarse por teléfono, por escrito, en persona o electrónicamente:

- Por teléfono: Comuníquese con CCBHS llamando al 925-957-5131 entre las 9:00 a. m. y las 5:00 p. m. Si tiene dificultades para escuchar o hablar, llame al 711.
- Por escrito: Complete un formulario de queja o escriba una carta y envíelos a:

Contra Costa Behavioral Health Services Administration
Attn: Quality Improvement Coordinator
1340 Arnold Drive, Suite 200
Martinez, CA 94553

- En persona: visite el consultorio de su médico o CCBHS y mencione

que desea presentar una queja.

-
- Electrónicamente: Visite el sitio web de CCBHS en <http://cchealth.org/bhs>.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CALIFORNIA

También puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Atención Médica de California por teléfono, por escrito o electrónicamente a:

- Por teléfono: llame al **916-440-7370**. Si no puede hablar u oír bien, llame al **711 (Servicio de Retransmisión de California)**.
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**Department of Health Care
Services Office of Civil Rights
P.O. Box 997413, MS 0009
Sacramento, CA 95899-7413**

Los formularios de quejas están disponibles en:
<https://www.dhcs.ca.gov/discrimination-grievance-procedures>

- Electrónicamente: envíe un correo electrónico a CivilRights@dhcs.ca.gov.

OFICINA DE DERECHOS CIVILES – DEPARTAMENTO DE SALUD Y SERVICIOS HUMANOS DE EE. UU.

Si considera que se lo ha discriminado por su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, también puede presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. por teléfono, por escrito o electrónicamente a:

- Por teléfono: llame al **1-800-368-1019**. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a la línea **TTY/TDD 1-800-537-7697**.
- Por escrito: complete un formulario de queja o envíe una carta a:

**U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201**

- Los formularios de queja están disponibles en

<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

- Electrónicamente: visite el Portal de Quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>

Si necesita este aviso y/o otros documentos del plan en un formato de comunicación diferente como letra grande, Braille, o en formato electrónico; o desea obtener ayuda para leer este material, sírvase comunicarse con Contra Costa Behavioral Health Services llamando al 952-957-5131.

SI USTED NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN ADOPTADA RESPECTO AL TRATAMIENTO PARA SU SALUD MENTAL O POR ABUSO DE SUBSTANCIAS, PUEDE PRESENTAR UNA APELACIÓN. ESTA APELACIÓN SE PRESENTA ANTE SU PLAN DE SALUD.

CÓMO PRESENTAR UNA APELACIÓN

Usted tiene un plazo de **60 días** a partir de la fecha en esta carta de “Notificación de decisión” para presentar una apelación. **Sin embargo, si actualmente está recibiendo tratamiento y desea seguir recibiéndolo, debe solicitar una apelación dentro de los 10 días** de la fecha del sello postal o de la entrega de esta carta, O BIEN antes de la fecha en que su plan de salud informa que cesarán los servicios. Cuando presente la apelación, debe mencionar que desea continuar recibiendo tratamiento.

Puede presentar una apelación por teléfono o por escrito: Si presenta una apelación por teléfono, debe darle seguimiento con una apelación escrita firmada. El plan le brindará asistencia de manera gratuita en caso necesite ayuda.

- **Para apelar por teléfono:** Comuníquese con el coordinador de control de calidad de Servicios de Salud Conductual de Contra Costa (Contra Costa Behavioral Health Services) al 925-957-5131, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., de lunes a viernes, excluyendo los días feriados. Si tiene dificultades auditivos o hablar, sírvase llamar al 711.
- **Para apelar por escrito:** Complete un formulario de apelación o escriba una carta y envíelos a:

Contra Costa Behavioral Health Services
Attn: Quality Improvement Coordinator
1340 Arnold Drive, Suite, 200
Martinez, CA 94553

En el consultorio de su proveedor médico podrá obtener formularios de apelación. Servicios de Salud Conductual de Contra Costa también puede enviarle un formulario.

Puede presentar una apelación usted mismo(a). También puede pedirle a un pariente, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado que presente la apelación por usted. Esta persona se denomina “representante autorizado”. Puede enviar cualquier tipo de información que desee que su plan analice. Su apelación será revisado por un proveedor distinto al que tomó la primera decisión.

Su plan de salud cuenta con un plazo de 30 días para darle una respuesta. En ese momento, usted recibirá una carta de “Notificación de resolución de apelación”. Esa carta le informará qué ha decidido el plan. **De no recibir un carta con la decisión del plan dentro de 30 días, puede solicitar una “Audiencia estatal” y un juez revisará su caso.** Por favor, lea en la siguiente sección las instrucciones para solicitar una Audiencia Estatal.

APELACIONES URGENTES

Si considera que una espera de 30 días será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 72 horas. Al presentar su apelación, mencione los motivos por los cuales la espera afectará su salud. Asegúrese de solicitar una “**apelación urgente**”.

AUDIENCIA ESTATAL

Si presentó una apelación y recibió una carta de “Notificación de resolución de apelación” en la que le informan que su plan de salud no prestará los servicios, o **bien si nunca recibió una carta en la que le informen la decisión y han transcurrido más de 30 días**, usted puede solicitar una "Audiencia Estatal" y un juez revisará su caso. No tendrá que pagar por una Audiencia Estatal.

Debe solicitar una Audiencia Estatal, debe solicitarla dentro de los **120 días** siguientes a la fecha de la carta de “Notificación de resolución de apelación”. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal por teléfono, electrónicamente o por escrito:

- **Por teléfono:** Llame al **1-800-952-5253**. Si tiene problemas auditivos o del habla, por favor llame a la línea **TTY/TDD 1-800-952-8349**.
- **Electrónicamente:** Puede solicitar una Audiencia Estatal en línea. Visite la página web del departamento de Servicio Social 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:

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

Sacramento, CA 94244-2430

Asegúrese de incluir su nombre, dirección, número de teléfono, la fecha de nacimiento y el motivo por el que usted solicita una Audiencia Estatal. Si alguien le ayuda a solicitar una Audiencia Estatal, agregue su nombre, dirección y número de teléfono en el formulario o la carta. Si necesita un intérprete, indíquenos qué idioma habla. No tendrá que pagar por un intérprete. Le facilitaremos uno.

Después de solicitar una Audiencia Estatal, podrían requerirse hasta 90 días para decidir su caso y enviarle una respuesta. Si considera que una espera prolongada será perjudicial para su salud, tiene la posibilidad de recibir una respuesta en 3 días hábiles. Pregúntele a su proveedor o plan que le escriban una carta o usted mismo puede escribir una. La carta debe explicar en detalle los motivos por los que una espera de 90 días para la resolución de su caso perjudicará gravemente su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar la función máxima. A continuación, solicite una "**audiencia acelerada**" y proporcione la carta junto con su solicitud de audiencia.

Representante autorizado

Usted puede hablar por sí mismo(a) en la Audiencia Estatal. Un pariente, un amigo, un defensor, un proveedor o un abogado puede hablar por usted. Si desea que otra persona hable por usted, debe informarle a la oficina de Audiencias Estatales que la persona está autorizada a hablar en su representación. Esta persona se denomina "representante autorizado".

ASISTENCIA LEGAL

Usted puede obtener asistencia legal gratuita. Además, puede comunicarse con la Asistencia Legal local de su condado al 1-888-804-3536.