



## ¡Conserve!

Información importante  
para ayudar a los niños  
y jóvenes hasta los 21  
años a obtener todos  
los cuidados que  
necesitan

## ¿Qué servicios pueden obtener los niños y jóvenes si tienen Medi-Cal?

Según la ley federal y de California, todos los niños y jóvenes hasta los 21 años inscritos en Medi-Cal tienen derecho a **chequeos** y otros servicios **preventivos** y de **tratamiento** necesarios para mantener o recuperar la salud.

En la ley federal, este derecho se conoce como el requisito de evaluación periódica temprana, diagnóstico y tratamiento (EPSDT, en inglés). Garantiza que cada niño inscrito en Medi-Cal obtenga los cuidados que necesita para crecer lo más saludable posible. En California, la EPSDT se llama **Medi-Cal for Kids & Teens** (Medi-Cal para niños y adolescentes).

Los servicios son **gratuitos**, a menos que se determine que el niño o joven tenía un costo compartido cuando calificó para Medi-Cal.

### **Medi-Cal for Kids & Teens debe cubrir estos servicios si son necesarios, sin límites:**

- Servicios de salud física, incluidos los cuidados primarios y las visitas al especialista
- Servicios de la vista, incluidos los anteojos
- Servicios de audición
- Chequeos dentales y servicios de seguimiento
- Servicios de salud mental y para tratar la adicción a las drogas o al alcohol, incluida la terapia
- Terapia física, ocupacional y del habla
- Equipo médico y suministros, como sillas de ruedas, incluido el equipo médico duradero
- Medicamentos con receta y de venta libre
- Análisis de laboratorio, incluidos los análisis de sangre para verificar niveles de plomo y las pruebas de las enfermedades de transmisión sexual (ITS), y cualquier cuidado de seguimiento necesario
- Servicios médicos en el hogar, incluido el cuidado de enfermería
- Tratamiento hospitalario y residencial
- Servicios de salud reproductiva y sexual, como el control de la natalidad y el aborto
- Chequeos durante el embarazo
- Tratamiento y pruebas de COVID-19
- Coordinación de cuidados, si está inscrito en un plan de cuidados administrados
- Todos los demás servicios médicos necesarios que pueden estar cubiertos por Medi-Cal (conocidos como “servicios médicamente necesarios”) según lo determine su proveedor médico



Si necesita esta carta o cualquier material de Medi-Cal en un formato alternativo, como en tamaño más grande, formato de audio, CD o braille, llame al 1-833-284-0040.

## Los niños y jóvenes tienen derecho a respaldo gratuito para recibir cuidados, tales como:

- Transporte gratuito de ida y vuelta a su cita o para recoger medicamentos, equipos médicos y suministros
- Apoyo para hacer las citas médicas
- Ayuda para encontrar un médico o proveedor de cuidado de la salud
- Servicios de interpretación de idiomas (usted no necesita ir con un intérprete a la cita médica)

## ¿Qué significa “medicamente necesario”?

Para niños y jóvenes, **medicamente necesario** significa que son servicios necesarios para tratar, corregir, controlar o mejorar una enfermedad o un problema de salud.

El médico o proveedor de cuidado de la salud de su niño generalmente decide si el servicio es médicamente necesario.

Algunos servicios pueden necesitar una aprobación previa. Si los servicios son médicamente necesarios para niños o jóvenes hasta los 21 años, la cantidad de servicios o tratamientos no puede limitarse. Por ejemplo, no se puede limitar a un niño a un par de anteojos cada dos años. Si un niño tiene anteojos, pero tiene problemas para ver, tiene derecho a una nueva receta médica y a recibir anteojos nuevos cuando sea necesario.

### CASILLA 1

## Medi-Cal de su niño



Los niños y jóvenes que tienen Medi-Cal obtienen sus beneficios de una de estas dos maneras:

1. **Cuidados administrados** a través de un plan de seguro de salud, plan de salud mental o plan de salud dental, o
2. **Pago por servicio** a través del Department of Health Care Services (DHCS) de California, la agencia de Medi-Cal del estado

Este documento explica qué hacer si un niño o joven inscrito no obtiene un servicio necesario a través de los **cuidados administrados** o el **pago por servicio**. Explica cómo:

- Presentar una apelación
- Pedir una audiencia imparcial del estado
- Presentar una reclamación

Para obtener ayuda para recibir servicios o si tiene preguntas sobre sus beneficios, llame a la línea de ayuda para miembros de Medi-Cal al **1-800-541-5555**.

## ¿Qué debería hacer si se deniega, demora, reduce o suspende el cuidado de su niño?

Si se deniega, demora, reduce o suspende el cuidado de su niño y usted no está de acuerdo con la decisión tal como se describe en su aviso por escrito, puede pedir que se revise y modifique la decisión.

Esto es para ayudar a su niño a obtener los cuidados que necesita y que tiene derecho a recibir. Su niño tiene derecho a presentar una **apelación**, pedir una **audiencia imparcial del estado** o presentar una **reclamación**. No hay penalización por tomar cualquiera de estas medidas.

Ya sea que su apelación, audiencia imparcial del estado o reclamación tenga éxito o no, la cobertura de Medi-Cal de su niño no terminará porque usted haya tomado alguna de estas medidas.

### Cómo presentar una apelación, pedir una audiencia imparcial del estado o presentar una reclamación

**Lea el aviso escrito.** Si un plan de cuidados administrados, el DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado) o un proveedor deniega, reduce o suspende los servicios de su niño, debe enviar con la decisión un Aviso de acción por escrito (también llamado “Aviso de determinación adversa de beneficios”).

Usted debe recibir este aviso al menos **10** días antes de que se reduzca o suspenda el tratamiento o servicio de su niño. El aviso explica:

- Por qué y cómo el plan de cuidados administrados de su niño o el DHCS tomó la decisión.
- Los derechos de su niño
- Cómo presentar una apelación o pedir una audiencia imparcial del estado

**Si no está de acuerdo con la decisión**, es importante apelar **antes** de que los servicios se suspendan o reduzcan para que puedan continuar durante la apelación o la audiencia imparcial del estado.

**Si no recibió un aviso**, llame al número de Health Consumer Alliance (HCA) que aparece a continuación. Usted puede presentar una apelación incluso si no recibió el aviso. Para obtener información sobre cómo presentar una apelación, pedir una audiencia imparcial del estado o presentar una reclamación, lea las páginas a continuación.

Una **apelación** requiere que el plan de cuidados administrados de su niño revise cualquier denegación, demora, reducción o suspensión de servicios para averiguar si está de acuerdo con usted.

Una **audiencia imparcial del estado** es una oportunidad para hablar ante un juez para revisar una decisión que tomó el plan de cuidados administrados de su niño o el DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado) con la que usted no está de acuerdo.

Una **reclamación** es para cualquier asunto con el que no esté satisfecho o con el que no esté de acuerdo y que no esté cubierto por una apelación o una audiencia imparcial del estado. Es para problemas o inquietudes con el plan de cuidados administrados de su niño o el DHCS que no son una denegación, demora, reducción o suspensión de servicios.

Usted también puede presentar una reclamación al plan de cuidados administrados de su niño por quejas relacionadas con los servicios que estén cubiertos, incluido el acceso al cuidado o su calidad.

## Cómo obtener ayuda

### Línea de ayuda para miembros de Medi-Cal

La línea de ayuda para miembros de Medi-Cal proporciona apoyo gratuito. Pueden conectarlo con su oficina local de Medi-Cal, su plan de cuidados administrados o con otros recursos de Medi-Cal para ayudarle a responder sus preguntas sobre Medi-Cal.

- Por teléfono: 1-800-541-5555
- Por Internet: [www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal](http://www.dhcs.ca.gov/myMedi-Cal)

### Health Consumer Alliance (HCA)

HCA ofrece ayuda gratuita por teléfono o en persona a los inscritos en Medi-Cal para resolver problemas de salud. También pueden conectarlo con recursos gratuitos para ayudar a resolver problemas legales relacionados con los cuidados de salud.

- Por teléfono: 1-888-804-3536
- Por Internet: [healthconsumer.org](http://healthconsumer.org)

#### CASILLA 2

### Si cree que una decisión es incorrecta

Si cree que el seguro Medi-Cal de su niño se suspendió por error o que se determinó que su niño no era elegible para Medi-Cal por error:

- Siga las instrucciones del aviso para apelar, **o**
- Encuentre su agencia de servicios humanos del condado local en [www.dhcs.ca.gov/COL](http://www.dhcs.ca.gov/COL)



# ¿Cuáles son los derechos de su niño según los cuidados administrados de Medi-Cal?

La información en las páginas 5-8 se aplica a todos los sistemas de cuidados administrados de Medi-Cal. La mayoría de los niños inscritos en Medi-Cal obtienen su cuidado a través de un **plan de cuidados administrados de Medi-Cal**. El plan es para servicios de salud física. También es para servicios de salud mental limitados llamados “servicios de salud mental no especializados”.

Otros sistemas de cuidados administrados incluyen:

- **Servicios especializados de salud mental** para servicios intensivos de salud del comportamiento a través de un plan de salud mental separado.
- **Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Sistema de entrega organizada de servicios de Medi-Cal)** para el tratamiento de adicción a las drogas y al alcohol.
- **Cuidado dental administrado** para el cuidado dental en los condados de Los Ángeles y Sacramento. Vea la **Tabla 1** en la página 8.

Si su niño tiene problemas para obtener o mantener un servicio que cree que uno de los planes anteriores debería cubrir, lea a continuación. Si su niño no está inscrito en un plan, lea sobre el **pago por servicio** en la página 9.

## ¿Qué puede hacer si se deniega, demora, reduce o suspende el cuidado de su niño según los cuidados administrados?

### Presente una apelación ante el plan de cuidados administrados de su niño

Debe comenzar presentando una **apelación** ante el plan de cuidados administrados. Para encontrar su plan, vaya a [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). Una apelación requiere que el plan de su niño revise cualquier denegación, demora, reducción o suspensión de servicios para averiguar si está de acuerdo con usted. Usted debe presentar la apelación antes de poder pedir una audiencia imparcial del estado.

- Después de que su niño reciba el Aviso de acción por escrito de su plan de cuidados administrados, puede presentar una apelación. También puede presentar una apelación si **no** recibió un Aviso de acción.
- Tiene **60** días calendario después de recibir el Aviso de acción para presentar una apelación ante el plan de cuidados administrados. Puede presentar una apelación ante el plan por escrito, por teléfono o por Internet. Puede encontrar los números de contacto en la **Tabla 1** en la página 8.
- Si el Aviso de acción dice que un servicio que su niño ya recibe se suspenderá o reducirá, también puede pedir que su niño siga recibiendo el servicio durante la apelación. Esto se llama **continuación de beneficios**. Para obtener más información sobre cómo pedir la continuación de beneficios, lea la **Casilla 3**.

#### CASILLA 3

### Cómo pedir una continuación de beneficios de los cuidados administrados



Si el aviso dice que un servicio que su niño ya recibe se suspenderá o reducirá, puede pedir una **continuación de beneficios** (también llamada “Ayuda pagada pendiente”) para su niño durante la apelación o la audiencia imparcial del estado.

- Debe apelar o pedir una audiencia imparcial del estado **antes** de que el servicio se suspenda o reduzca.
- El plan de cuidados administrados debe darle un aviso por escrito al menos **10** días calendario antes de la fecha en que planean suspender o reducir el servicio de su niño.

- El plan de cuidados administrados de su niño debe confirmar por escrito haber recibido su apelación en un plazo de **5** días calendario a partir de la fecha de haber recibido la apelación. El plan también debe informarle el nombre, número de teléfono y dirección de la persona en el plan que puede ofrecerle más información sobre la apelación y su estado. El plan debe enviarle una decisión por escrito dentro de los **30** días calendario posteriores al pedido de apelación. Esto se llama Aviso de resolución.
- Si la situación de su niño es urgente y esperar **30** días empeorará su estado de salud, puede pedir una decisión **acelerada** (rápida). Para más información sobre cómo hacerlo, lea la **Casilla 4**.
- Puede comunicarse con el plan de cuidados administrados de su niño si tiene preguntas sobre la apelación de su niño en cualquier momento. Para ver los números de contacto, lea la **Tabla 1** en la página 8.
- El plan de cuidados administrados de su niño puede incluir un proceso de revisión por parte de una Junta de revisión médica independiente. El Aviso de acción de su niño explicará este proceso. Si el plan de cuidados administrados de su niño ofrece este proceso, sería después de que complete la apelación de su niño. Para obtener más información sobre la Junta de revisión médica independiente, llame al Department of Managed Health Care de California al 1-888-466-2219 (número de TDD 1-877-688-9891). O vaya a <https://bit.ly/IMRCR>.

#### CASILLA 4

### Audiencia imparcial del estado o apelación acelerada (rápida)



Si su niño necesita una audiencia imparcial del estado o una apelación **acelerada** (rápida) porque la vida, salud o capacidad funcional de su niño está en peligro, llame al **1-800-743-8525**.

Puede leer más en su Manual para miembros sobre cómo pedir un proceso acelerado.

### Pedido de audiencia imparcial del estado de Medi-Cal

Si el proceso de apelación del plan de cuidados administrados está completo y usted aún no está de acuerdo con la decisión del plan, puede pedir una **audiencia imparcial del estado** para su niño. También puede pedir una audiencia imparcial del estado si el plan de cuidados administrados de su niño no envía un aviso sobre el derecho de apelación de su niño o no lo envía en un tiempo razonable.

La audiencia imparcial del estado es una oportunidad para hablar ante un juez para revisar la decisión del plan de cuidados administrados con la que no está de acuerdo. El juez trabaja para el Departamento de Servicios Sociales de California, no para el plan de su niño.

- Debe pedir una audiencia imparcial del estado dentro de los **120** días calendario a partir de la fecha en que recibe la decisión por escrito del plan de cuidados administrados sobre la apelación de su niño. Un juez imparcial revisará el caso de su niño. Si la decisión sobre la que pidió una audiencia suspende un servicio que su niño ya recibe, también puede pedir la continuación de beneficios para su niño. Lea la **Casilla 3** en la página 5.
- Puede pedir una audiencia imparcial del estado por teléfono, correo postal, fax o Internet. Llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- Tiene derecho a que una persona lo represente en la audiencia imparcial del estado de su niño. Puede ir con un amigo, familiar, abogado o cualquier persona que elija. Para saber cómo obtener ayuda legal gratuita, lea **Cómo obtener ayuda** en la página 4.

- No tiene que pagar por una audiencia imparcial del estado. Es gratuita.
- El estado tiene **90** días calendario después de la fecha de pedido de la audiencia imparcial del estado de su niño para tomar una decisión final. Si su niño necesita servicios de inmediato y esperar 90 días empeorará su estado de salud, puede pedir una decisión **acelerada** (rápida). Lea la **Casilla 4** arriba.
- Para obtener más ayuda, lea los avisos del plan de cuidados administrados de su niño. O llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

### Comunicarse con un defensor (ombudsman)

Un *ombudsman*, o **defensor**, es una persona que trabaja para el DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado). Su trabajo es ayudarles a usted y a su niño a tratar de solucionar los desacuerdos con el plan de cuidados administrados de su niño. Puede llamar al defensor en cualquier momento. Esto incluye cuando su niño recibe un aviso, presenta una apelación, pide una audiencia imparcial del estado o presenta una reclamación. El defensor es solo para personas inscritas en un plan de cuidados administrados.

Puede comunicarse con un defensor:

- Por teléfono: 1-888-452-8609
- Por correo electrónico: [MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov](mailto:MMCDOmbudsmanOffice@dhcs.ca.gov)
  - » No incluya información personal en el correo electrónico.

Para obtener más información sobre este recurso, vaya a [www.dhcs.ca.gov/ombudsman](http://www.dhcs.ca.gov/ombudsman).

## ¿Qué sucede si no está satisfecho con el cuidado, el médico o el proveedor de cuidado de la salud de su niño según los cuidados administrados?

### Presentar una reclamación

Si un médico trató mal a su niño o de manera irrespetuosa, o si no está satisfecho con la calidad de la atención, o si no puede encontrar un médico, puede presentar una **reclamación** por su niño. Una reclamación es para cualquier desacuerdo sobre un asunto que no cubre una apelación o una audiencia imparcial del estado. Es para problemas o inquietudes que no deniegan, demoran, reducen o suspenden ninguno de los servicios de su niño. Usted también puede presentar una reclamación al plan de cuidados administrados de su niño por quejas relacionadas con los servicios que estén cubiertos, incluido el acceso al cuidado o su calidad.

- Puede presentar una reclamación por su niño en cualquier momento. Puede presentarla por teléfono, o por escrito en Internet o por correo postal. Para presentar una reclamación, comuníquese con el plan de cuidados administrados de su niño. Para ver los números de contacto, lea la **Tabla 1** en la página 8.
- El plan de cuidados administrados de su niño debe confirmar por escrito haber recibido su reclamación en un plazo de **5** días calendario a partir de la fecha de haber recibido la queja. Esta confirmación debe incluir el nombre, número de teléfono y dirección de la persona del plan que puede ofrecerle más información sobre la reclamación de su niño y su estado.
- El plan de cuidados administrados de su niño tiene **30** días calendario a partir de la fecha en que usted presentó la reclamación para resolverla.



## ¿Con quién debería comunicarse si tiene preguntas?

TABLA 1

### Información de contacto e información general de los sistemas de cuidados administrados

#### Cuidados administrados de Medi-Cal (MCMC, en inglés)

La mayoría de los niños obtienen la mayor parte de estos servicios a través de los planes de cuidados administrados de Medi-Cal:

- Necesidades de salud física, como chequeos de bienestar infantil y vacunas
- Necesidades de salud mental no especializadas, como terapia y medicamentos
- Coordinación de cuidados

Si su niño no está recibiendo los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de cuidados administrados de Medi-Cal de su niño. El número de teléfono del plan se encuentra en la tarjeta de identificación del plan de su niño. También está en el sitio web del plan. Además, puede encontrar el número de teléfono en [www.dhcs.ca.gov/mmchpd](http://www.dhcs.ca.gov/mmchpd). O llamar al 916-449-5000.

#### Servicios especializados de salud mental (SMHS, en inglés)

Algunos niños que necesitan servicios especializados de salud mental, como cuidados para una enfermedad mental grave, obtienen estos cuidados a través de los servicios especializados de salud mental. Cada condado tiene un plan de salud mental.

Si su niño no está recibiendo los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de salud mental del condado de su niño. Puede encontrar el número de teléfono en [www.dhcs.ca.gov/CMHP](http://www.dhcs.ca.gov/CMHP). (Los miembros de Kaiser Permanente en los condados de Sacramento y Solano deben llamar al Servicio a los Miembros de Kaiser Permanente al 1-800-464-4000).

#### Drug Medi-Cal Organized Delivery System (Sistema de entrega organizada de servicios de Medi-Cal; DMC-ODS, en inglés)

Los niños que necesitan servicios por el uso de sustancias, como tratamiento por drogas o alcohol, incluido el asesoramiento y otros tratamientos clínicos, como tratamiento residencial por drogas o alcohol para pacientes hospitalizados, cuando es necesario, obtienen estos cuidados a través del sistema de entrega organizada de servicios de Medi-Cal. Cada condado tiene un plan DMC-ODS o está en Drug Medi-Cal. Para obtener más información sobre Drug Medi-Cal, lea la **Tabla 2** en la página 11.

Si su niño no está recibiendo los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de DMC-ODS de su niño. Encuentre el número de teléfono en [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Cuidado dental administrado (Dental MC, en inglés)

Algunos niños que viven en el condado de Los Ángeles o en el condado de Sacramento obtienen servicios dentales, incluidos chequeos y limpiezas dentales dos veces al año y cuidados de salud bucal, a través de los planes de cuidado dental administrado. Los niños que viven en todos los demás condados obtienen su cuidado dental a través de pago por servicio dental (Dental FFS, en inglés). Para obtener más información sobre Dental FFS, lea la **Tabla 2** en la página 11.

Si vive en Los Ángeles o Sacramento y su niño no recibe los servicios que necesita o tiene inquietudes, llame al plan de cuidado dental administrado de su niño. El número de teléfono se encuentra en la tarjeta de identificación de cuidado dental administrado de su niño. También se encuentra en el sitio web del plan de cuidado dental administrado de su niño. O llame al 1-800-322-6384. También puede encontrar el número de teléfono del plan en <https://bit.ly/DMC-Contact>.



# ¿Cuáles son los derechos de su niño cuando usa pago por servicio de Medi-Cal?

La siguiente información en las páginas 9 a 11 se aplica a pago por servicio de Medi-Cal (FFS, en inglés). Algunos niños inscritos en Medi-Cal obtienen atención a través de FFS. FFS también se llama Medi-Cal “normal” o “regular”. Los niños en FFS obtienen atención a través del DHCS (la agencia de Medi-Cal del estado). No se incluye ningún plan de cuidados administrados. FFS incluye FFS de Medi-Cal para servicios de salud física y un conjunto limitado de servicios de salud mental llamados “servicios de salud mental no especializados”, Drug Medi-Cal para servicios de tratamiento por drogas y alcohol, FFS Dental para cuidado dental y Medi-Cal Rx para medicamentos. Para obtener más información, lea la **Tabla 2** en la página 11.

Si su niño tiene problemas para obtener o mantener un servicio que usted cree que el DHCS debería cubrir, lea a continuación. Incluso si su niño no está en un plan de cuidados administrados, si su niño necesita cuidados por una enfermedad mental grave, obtendrá esta atención a través de un plan de salud mental de servicios especializados de salud mental. Para obtener más información y averiguar a dónde llamar para recibir ayuda del plan de salud mental del condado, lea la **Tabla 1** en la página 8.

## ¿Qué puede hacer si se demora, deniega, reduce o suspende el cuidado de su niño según el FFS?

### Pedido de audiencia imparcial del estado de Medi-Cal

Una **audiencia imparcial del estado** es una oportunidad para hablar ante un juez para revisar la decisión del DHCS con la que no está de acuerdo. Esto incluye cualquier denegación, demora, reducción o suspensión del servicio. El juez trabaja para el Departamento de Servicios Sociales de California, no para el DHCS.

- Después de que su niño recibe el Aviso de acción del DHCS, usted puede pedir una audiencia imparcial del estado. También puede pedir una audiencia imparcial del estado si no recibió un Aviso de acción.
- Debe pedir una audiencia imparcial del estado dentro de los **90** días calendario a partir de la fecha en que recibe el Aviso de acción por escrito del DHCS. Un juez imparcial revisará el caso de su niño. También puede pedir una audiencia imparcial del estado en cualquier momento sin un Aviso de acción. Si la decisión sobre la que pidió una audiencia suspende un servicio que su niño ya recibe, usted puede pedir la continuación de beneficios para su niño. Lea la **Casilla 5** arriba.

#### CASILLA 5

### Cómo pedir una continuación de beneficios de pago por servicio



Si el aviso dice que el servicio que su niño ya recibe se suspenderá o se reducirá, también puede pedir una **continuación de beneficios** (también llamada “Ayuda pagada pendiente”) durante la audiencia imparcial del estado.

- Debe pedir la audiencia imparcial del estado **antes** de que el servicio se interrumpa o reduzca.
- El DHCS debe darle un aviso por escrito al menos **10** días calendario antes de la fecha en que planeen suspender o reducir el servicio de su niño.

- Puede pedir una audiencia imparcial del estado por teléfono, correo postal, fax o Internet. Llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.cdss.ca.gov/hearing-requests](http://www.cdss.ca.gov/hearing-requests).
- Tiene derecho a que una persona lo represente en la audiencia. Puede ir con un amigo, familiar, abogado o cualquier persona que elija. Para obtener ayuda legal gratuita, lea **Cómo obtener ayuda** en la página 4.
- No tiene que pagar por una audiencia imparcial del estado. Es gratuita.
- El estado tiene **90** días calendario después de la fecha de pedido de audiencia imparcial del estado de su niño para tomar una decisión final. Si su niño necesita servicios de inmediato y esperar 90 días empeorará su estado de salud, puede pedir una decisión **acelerada** (rápida). Lea la **Casilla 6** arriba.
- Para obtener más ayuda, lea los avisos que su niño recibió del DHCS. O llame al 1-800-743-8525. O vaya a [www.dhcs.ca.gov/fair-hearing](http://www.dhcs.ca.gov/fair-hearing).

#### CASILLA 6

### Audiencia imparcial del estado o apelación acelerada (rápida)



Si su niño necesita una audiencia imparcial del estado **acelerada** (rápida) porque la vida, salud o capacidad funcional de su niño está en peligro, llame al 1-800-743-8525.

## ¿Qué sucede si no está satisfecho con el cuidado, el médico o el proveedor de cuidado de la salud de su niño según el FFS?

### Presentar una reclamación

- Si un médico trató mal a su niño o de manera irrespetuosa, o si no está satisfecho con la calidad de la atención, o si no puede encontrar un médico, puede presentar una **reclamación** por su niño. Una reclamación es para cualquier desacuerdo sobre un asunto que no cubre una audiencia imparcial del estado. Es para problemas o inquietudes que **no** deniegan, demoran, reducen o suspenden ninguno de los servicios de su niño.
- Puede presentar una reclamación por su niño en relación con Drug Medi-Cal, Dental FFS, o Medi-Cal Rx en cualquier momento. Puede presentarla por teléfono, o por escrito en Internet o por correo postal. Para presentar una reclamación, comuníquese con Drug Medi-Cal, Dental FFS, o Medi-Cal Rx. Para ver los números de contacto, lea la **Tabla 2** en la página 11. **No** hay un proceso de reclamación para Medi-Cal FFS por servicios de salud física y servicios de salud mental no especializados.
- El DHCS debe confirmar por escrito haber recibido su reclamación en un plazo de **5** días calendario a partir de la fecha de haber recibido la queja. Esta confirmación debe incluir el nombre, número de teléfono y dirección de la persona en el DHCS que puede ofrecerle más información sobre la reclamación de su niño y su estado.
- El DHCS tiene **30** días calendario a partir de la fecha en que usted presentó la reclamación para resolver la reclamación de su niño en relación con Dental FFS y Medi-Cal Rx. Drug Medi-Cal tiene **90** días calendario para resolver la reclamación de su niño.

## ¿Con quién debería comunicarse si tiene preguntas?

TABLA 2

### Información de contacto e información general de pago por servicio

#### Pago por servicio de Medi-Cal (Medi-Cal FFS, en inglés)

Algunos niños, como es el caso de algunos niños en cuidado temporal, obtienen sus servicios médicos a través de Medi-Cal FFS.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al 1-800-541-5555 (número de TDD 1-800-430-7077).

#### Drug Medi-Cal (DMC, en inglés)

Los niños que necesitan servicios por el uso de sustancias, como tratamiento por drogas o alcohol, incluido el asesoramiento y otros tratamientos clínicos, como tratamiento residencial por drogas o alcohol para pacientes hospitalizados, cuando sea necesario, obtienen estos cuidados a través de Drug Medi-Cal. Cada condado tiene un plan DMC-ODS o está en DMC. Para obtener más información sobre DMC-ODS, lea la **Tabla 1** en la página 8.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al programa DMC de su niño. Para encontrar el número de teléfono, vaya a [www.dhcs.ca.gov/sud-cal](http://www.dhcs.ca.gov/sud-cal).

#### Pago por servicio dental (Dental FFS, en inglés)

La mayoría de los niños obtienen sus servicios dentales de Medi-Cal a través de Dental FFS. Esto incluye chequeos y limpiezas dentales dos veces al año y cuidados de salud bucal.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al 1-800-322-6384. Para obtener más información, vaya a [sonriecalifornia.org](http://sonriecalifornia.org).

#### Medi-Cal Rx

Los niños obtienen sus servicios de farmacia de Medi-Cal a través de Medi-Cal Rx. Estos incluyen medicamentos con receta y de venta libre para pacientes externos (ambulatorios), productos de nutrición enteral como una sonda de alimentación y suministros médicos.

Si su niño no está recibiendo estos servicios o tiene inquietudes, llame al 1-800-977-2273. Obtenga más información en <https://bit.ly/3D1rQFV>.

## Aviso de no discriminación

La discriminación es ilegal. Kaiser Permanente cumple con las leyes de los derechos civiles federales y estatales.

Kaiser Permanente no discrimina ilícitamente, excluye ni trata a ninguna persona de forma distinta por motivos de edad, raza, identificación de grupo étnico, color, país de origen, antecedentes culturales, ascendencia, religión, sexo, género, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, estado civil, discapacidad física o mental, condición médica, fuente de pago, información genética, ciudadanía, lengua materna o estado migratorio.

Kaiser Permanente ofrece los siguientes servicios:

- Ayuda y servicios sin costo a personas con discapacidades para que puedan comunicarse mejor con nosotros, como lo siguiente:
  - ◆ intérpretes calificados de lenguaje de señas,
  - ◆ información escrita en otros formatos (braille, impresión en letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles y otros formatos).
- Servicios de idiomas sin costo a las personas cuya lengua materna no es el inglés, como:
  - ◆ intérpretes calificados,
  - ◆ información escrita en otros idiomas.

Si necesita nuestros servicios, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros al **1-800-464-4000 (TTY 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos). Si tiene deficiencias auditivas o del habla, llame al **711**.

Este documento estará disponible en braille, letra grande, casete de audio o en formato electrónico a solicitud. Para obtener una copia en uno de estos formatos alternativos o en otro formato, llame a nuestra Central de Llamadas de Servicio a los Miembros y solicite el formato que necesita.

### Cómo presentar una queja ante Kaiser Permanente

Usted puede presentar una queja por discriminación ante Kaiser Permanente si siente que no le hemos ofrecido estos servicios o lo hemos discriminado ilícitamente de otra forma. Consulte su *Evidencia de Cobertura (Evidence of Coverage)* o *Certificado de Seguro (Certificate of Insurance)* para obtener más información. También puede hablar con un representante de Servicio a los Miembros sobre las opciones que se apliquen a su caso. Llame a Servicio a los Miembros si necesita ayuda para presentar una queja.

Puede presentar una queja por discriminación de las siguientes maneras:

- **Por teléfono:** llame a Servicio a los Miembros al **1 800-464-4000 (TTY 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana (excepto los días festivos).

- **Por correo postal:** llámenos al **1 800-464-4000 (TTY 711)** y pida que se le envíe un formulario.
- **En persona:** llene un formulario de Queja o reclamación/solicitud de beneficios en una oficina de Servicio a los Miembros ubicada en un centro del plan (consulte su directorio de proveedores en [kp.org/facilities](http://kp.org/facilities) [cambie el idioma a español] para obtener las direcciones).
- **En línea:** utilice el formulario en línea en nuestro sitio web en [kp.org/espanol](http://kp.org/espanol).

También puede comunicarse directamente con el coordinador de derechos civiles (Civil Rights Coordinator) de Kaiser Permanente a la siguiente dirección:

**Attn: Kaiser Permanente Civil Rights Coordinator**  
 Member Relations Grievance Operations  
 P.O. Box 939001  
 San Diego CA 92193

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica de California** *(Solo para beneficiarios de Medi-Cal)*

También puede presentar una queja sobre derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles (Office of Civil Rights) del Departamento de Servicios de Atención Médica de California (California Department of Health Care Services) por escrito, por teléfono o por correo electrónico:

- **Por teléfono:** llame a la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Servicios de Atención Médica (Department of Health Care Services, DHCS) al **916-440-7370 (TTY 711)**.

- **Por correo postal:** llene un formulario de queja o envíe una carta a:

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

Los formularios de queja están disponibles en:

**[http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language\\_Access.aspx](http://www.dhcs.ca.gov/Pages/Language_Access.aspx)** (en inglés).

- **En línea:** envíe un correo electrónico a [CivilRights@dhcs.ca.gov](mailto:CivilRights@dhcs.ca.gov).

**Cómo presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU.**

Puede presentar una queja por discriminación ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services).

Puede presentar su queja por escrito, por teléfono o en línea:

- **Por teléfono:** llame al **1-800-368-1019 (TTY 711)** o al **1-800-537-7697**.
- **Por correo postal:** llene 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 quejas están disponibles en  
**<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>** (en inglés).

- **En línea:** visite el Portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en:  
**<https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>** (en inglés).