

QUEJA/APELACION/APELACION ACELERADA

Información con respecto a las quejas, apelaciones y apelación acelerada es en el dorso de este formulario

Fecha: _____ Nombre: _____

Persona por la que se entrega esta forma (si es otra persona la que la entrega): _____

Dirección: _____ Teléfono (o teléfono para mensajes): _____

Plan de Salud: MediCal Seguro Privado Ninguno Otro _____

Si es una queja ¿en dónde pasó? _____

Si es una apelación de MediCal, ¿Cuál es la acción que desea que revisemos?

_____ (Anexe la copia del aviso de una acción si la tiene.)

Queja Apelación Apelacion Acelerada: (Seleccione la opción que corresponde) Resuma en concreto cada una de sus preocupaciones. Incluya fechas, nombres de testigos y tanto detalle como sea posible acerca de lo que pasó.

Si necesita ayuda para llenar esta forma contacte por favor a la Oficina de los Derechos de los Pacientes (Patients' Rights Office) al (209) 525-7423.

¿Cuál es el problema?

¿Qué es lo que quiere que pase?

¿Con quién habló?

Escriba su nombre y firme por favor: _____ **Fecha de Firma:** _____

INFORMATION BELOW TO BE COMPLETED BY STAFF: Grievance/Appeal/Expedited Appeal#: _____
(circle one)

Incident Location (e.g., unit, program) or Action to Review: _____

Health plan verified: MediCal Private Insurance None Other _____

MEDICAL RECORD NO. (if applicable): _____

**PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE STANISLAUS
PROCESOS DE RESOLUCION DE PROBLEMAS PARA BENEFICIARIOS DE MEDICAL**

El Plan de Salud Mental del Condado de Stanislaus (Stanislaus County Mental Health Plan, MHP) está comprometido a proporcionar a los beneficiarios de ("miembros") los servicios necesarios y el apoyo para obtener y mantener los servicios más efectivos. Si usted tiene una preocupación o queja acerca de servicios especializados de salud mental, usted puede usar el proceso de Quejas y Apelaciones descritos abajo. Usted puede requerir una Audiencia Legal del Estado en cualquier momento antes, durante o dentro de los siguientes 90 días después de haber completado su proceso de apelación. Una audiencia legal puede requerirse ya sea que use usted o no use el proceso de apelación y ya que usted haya recibido o no un aviso de acción. Su queja o apelación sera conducida tan rápido y simple como sea posible. Será mantenido en confidencialidad de acuerdo con las Leyes Estatales y las políticas y procedimientos del departamento. Usted no será sujeto a discriminación o cualquier otro castigo por presentar una queja o apelación. Usted puede autorizar a otra persona, incluyendo su representante legal para actuar en su lugar en el proceso de queja o apelación. Usted podrá presentar evidencia de apoyo, en persona o por escrito, si así lo desea.

QUEJA

- Trate de resolver el asunto simple y rápido a un nivel informal al hablar con aquellos que están directamente involucrados y que le pueden ayudar mejor; por ejemplo, el clínico u otro miembro del personal. Si no desea hacer esto o no tiene éxito, pida hablar con el supervisor de esa persona.
- Si el problema no es resuelto al nivel de personal o del supervisor, hable con la recepcionista o el coordinador del programa.
- Si el asunto no puede ser resuelto informalmente, puede usted presentar su queja por escrito en la forma apropiada, o en forma oral llamando al teléfono de los Derechos de los Pacientes (Patients' Rights) al (209) 525-7423.
- Las formas y los sobre con la dirección impresa están siempre disponibles en todas las oficinas del proveedor. Usted puede pedir una forma para que le sea enviada por correo o si requiere de asistencia para llenarla, llamando a los Derechos de los Pacientes (Patients' Rights) al (209) 525-7423 o al Administrador MHP al (209) 525-6225.
- Usted recibirá un avisó por escrito cuando su queja sea recibida.
- Sus preocupaciones serán investigadas y resueltas dentro de un período de 60 días.
- Usted o su representante serán involucrados el proceso de resolución.
- Usted recibirá una carta con el resumen del proceso de investigación, los hechos, el plan de acción y la decisión sobre la queja.

APELACIÓN

- Si el Plan MHP (1) niega o limita la autorización de un servicio pedido, incluyendo el tipo o nivel del servicio; (2) reduce, suspende o termina un servicio autorizado; (3) niega el pago por un servicio, parcial o totalmente; (4) falla al proporcionar un servicio en un tiempo adecuado, o (5) falla al actuar dentro de un tiempo adecuado para disponer de las quejas y resolución de apelaciones, el MHP ha decidido una acción. Usted tiene el derecho de presentar una apelación, que es el requerimiento de revisión de una acción.
- Usted deberá presentar una apelación dentro de los 90 días de la fecha en que una acción que usted quiere que se revise fue efectuada.
- Usted puede presentar su apelación por escrito en la forma apropiada, o en forma oral llamando a los Derechos de los Pacientes (Patients' Rights) al (209) 525-7423. Si usted efectúa una apelación oral, deberá presentar una petición de apelación por escrito y firmada en la forma apropiada para apelaciones. Las formas están disponibles en la recepción de todos los proveedores de servicios MHP o puede ser enviada por correo si usted así lo pide. Si usted ha recibido el aviso de una acción por favor anexe una copia de la misma a la forma al igual que cualquier material por escrito que soporte su punto de vista.
- Usted recibirá un aviso por escrito cuando su apelación sea recibida.
- Su apelación será revisada dentro de los siguientes 45 días calendario.
- Usted recibirá una carta resumiendo el proceso de revisión, los hechos, la decisión sobre la apelación y la fecha en que la decisión fue tomada.
- Si la decisión de la apelación no es en su favor totalmente, usted tiene el derecho de pedir una Audiencia Legal del Estado. Usted puede pedir una Audiencia Legal al llamar al 1-800-952-5253.

APELACIÓN ACELERADA

- Se utilizará cuando el Plan MHP, su proveedor o usted determine tomarse el tiempo para una resolución de apelación normal podría seriamente poner su vida en peligro, la salud o la capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima.
- Usted puede presentar la solicitud de una apelación acelerada oralmente sin tener que presentar una solicitud por escrito.
- Usted no será sujeto de discriminación o cualquier otro tipo de penalización por presentar una apelación acelerada.
- Resolver una apelación acelerada y notificar a las personas afectadas por escrito, no más tarde de tres días de labor después de que el Plan MHP reciba la apelación. Este plazo puede extenderse por hasta 14 días calendarios si usted solicita una extensión o el Plan MHP necesite información adicional y el retraso es en su mejor interés. El Plan MHP le notificará de la extensión y de la razón por escrito.
- Usted recibirá una notificación por escrito de la disposición y se harán todos los esfuerzos para darle una notificación oral.
- Si el Plan MHP rechaza una solicitud para resolución de apelación acelerada, el Plan MHP hará lo siguiente: transferir la solicitud de apelación acelerada al plazo para la resolución de la apelación y hacer esfuerzos razonables para darle pronto aviso oral de la denegación de la solicitud de apelación acelerada y proporcionar notificación escrita dentro de dos días de la fecha de la negación.