

STANISLAUS COUNTY BEHAVIORAL HEALTH AND RECOVERY SERVICES

QUEJA/APELACION/APELACION ACELERADA

Información con respecto al proceso de resolución de problemas y frases de asistencia lingüística están adjuntos.

Por favor envíe esta página solamente (frente y reverso)

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: Medi-Cal Seguro Privado Ninguno Otro _____

Si es una queja ¿en dónde pasó? _____

Si es una apelación de Medi-Cal, ¿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 detalles sobre 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: Medi-Cal Private Insurance None Other _____

MEDICAL RECORD NO. (if applicable): _____

SERVICIOS DE SALUD DEL COMPORTAMIENTO Y RECUPERACIÓN DEL CONDADO DE STANISLAUS

PROCESOS DE RESOLUCION DE PROBLEMAS PARA BENEFICIARIOS DE MEDI-CAL

El departamento de Servicios de Salud del Comportamiento y Recuperación del Condado de Stanislaus (Stanislaus County BHRS) ("Plan") 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 queja o apelación acerca de los servicios de salud del comportamiento, usted puede usar el proceso de Quejas y Apelaciones descritos abajo. Usted puede solicitar una Audiencia Legal del Estado dentro de 120 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 del Plan 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 90 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 (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 Plan 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 60 días de la fecha en que el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios 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 del Plan o puede ser enviada por correo si usted así lo pide. Si usted ha recibido el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios por favor incluya una copia de la forma original y agregue cualquier documento 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 30 días.
- 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, 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 72 horas después de que el Plan reciba la apelación. Este plazo puede extenderse por hasta 14 días calendarios si usted solicita una extensión o el Plan necesite información adicional y el retraso es en su mejor interés. El Plan 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 rechaza una solicitud para resolución de apelación acelerada, el Plan 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.

Audiencia Estatal

- Puede solicitar una audiencia cuando usted presentó una apelación y recibió una carta de resolución de la apelación diciéndole que su MHP niega su solicitud de apelación o un agotamiento de su proceso de apelación acelerado
- Su queja, apelación o apelación urgente no se resolvieron a tiempo.
- Si no recibió una notificación de determinación adversa de beneficios puede solicitar una audiencia estatal en cualquier momento
- Solo tiene 120 días para solicitar una audiencia estatal. Los 120 días comienzan ya sea el día después en que el MHP le dé personalmente su notificación de decisión de apelación, o el día después de la fecha del sello postal de la notificación de decisión de apelación del MHP.
- Después de que solicite una audiencia recibirá una respuesta dentro 90 días sobre su caso.

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-376-6246 (TTY: 711).

ATENCIÓN: la ayuda y servicios auxiliares, que incluyen, entre otros, documentos de letra grande y formatos alternativos, están disponibles para usted de forma gratuita si los solicita. Llame al 1-888-376-6246 (TTY: 711)

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-376-6246 (TTY: 711).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-376-6246 (TTY: 711).

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-376-6246 (TTY: 711).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.

1-888-376-6246 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

繁體中文(Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-376-6246 (TTY: 711)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-888-376-6246 (TTY (հեռատիպ)՝ 711).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-376-6246 (телетайп: 711).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. ب 1-888-376-6246 (TTY: 711) تماس بگیرید.

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-376-6246 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-376-6246 (TTY: 711).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ। 1-888-376-6246 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-888-376-6246 (رقم هاتف الصم والبكم: (TTY: 711

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-888-376-6246 (TTY: 711) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-888-376-6246 (TTY: 711).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: រ សើ ិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ្តួន គឺអាចមានសំរា ំរ រ អុើ នក។ ចូ ទូ ស័ព្ទ 1-888-376-6246 (TTY: 711)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດລາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-888-376-6246 (TTY: 711).