



SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL
MANUEL J. JIMENEZ, JR > MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
Número gratuito: 1 (800) 779-0787
FAX: (510) 639-1346

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES Y FORMULARIO DE SOLICITUD



Si tiene alguna inquietud o algún problema o no está satisfecho con los servicios de salud mental, el Plan de Salud Mental (Mental Health Plan, MHP) quiere asegurarse que sus inquietudes se resuelvan de manera simple y rápida. Usted o su representante puede presentar una queja o apelación, de forma oral o escrita, ante su proveedor o ante la oficina de Ayuda al consumidor al 1(800) 779-0787. **Utilice el Formulario de solicitud de quejas y apelaciones adjunto para presentar una queja o solicitar una apelación. Usted no será objeto de discriminación ni cualquier otra sanción por presentar una queja o apelación.**

Una **queja** se define como una expresión o descontento sobre alguna situación relacionada con los servicios de salud mental especializados que no son uno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y audiencia imparcial estatal que se describen a continuación. Los ejemplos de quejas pueden ser los siguientes: la calidad de atención de los servicios provistos, los aspectos de las relaciones interpersonales, como la grosería de un empleado, etc. **Pasos para presentar una queja:**

- Presente una queja de forma oral o escrita. Las quejas orales no deben seguirse por escrito. Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre.
- Recibirá un acuse de recibo por escrito de su queja.
- El MHP tiene 60 días a partir de la recepción de su queja para revisarla y notificarlo a usted o su representante por escrito sobre la decisión.
- Usted puede extender los plazos hasta 14 días calendario en caso en que solicite una extensión, o si el MHP considera que se necesita más información y que la demora es para su beneficio.
- Puede presentar una queja en cualquier momento.

Una **apelación** es una solicitud de revisión de una decisión que el MHP o su proveedor tomó que modifica o rechaza un servicio de salud mental especializado (*specialty mental health service*, SMHS) solicitado o una reducción, suspensión o terminación de un servicio autorizado previamente. Es posible que la decisión tomada por el MHP sobre sus servicios de salud mental especializados se describa en una carta de **Notificación de Acción (Notice of Action, NOA)** enviada personalmente a usted. No siempre obtendrá una NOA. **Pasos para presentar una apelación:**

- Presente una apelación personalmente, por teléfono o por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha de una NOA. Si presenta la apelación personalmente o por teléfono, debe realizar el seguimiento del proceso con una apelación escrita firmada. Si no recibió una NOA, no hay una fecha límite para la presentación. Por ello, puede presentarla en cualquier momento. Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre.
- Si se solicita, sus beneficios continuarán mientras la apelación está pendiente. Si presenta la apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se le envió por correo o se le entregó la NOA.

~CONTINÚA AL DORSO~



- Recibirá un acuse de recibo por escrito de su apelación.
- El MHP tiene 45 días a partir de la recepción de su apelación para revisarla y notificarlo a usted o su representante por escrito sobre la decisión.
- Usted puede extender los plazos hasta 14 días calendario en caso en que solicite una extensión, o si el MHP considera que se necesita más información y que la demora es para su beneficio.

Puede solicitarse una **apelación acelerada** si considera que esperar 45 días pondrá en peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recobrar el máximo desempeño. Si el MHP acepta que su apelación cumple con los requisitos de una apelación acelerada, el MHP resolverá la situación dentro de los 3 días hábiles después de que se haya recibido la apelación acelerada.

Pasos para presentar una apelación acelerada:

- Presente una apelación personalmente, por teléfono o por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha de una Notificación de Acción (NOA). Las solicitudes verbales y personales de apelaciones aceleradas no deben presentarse por escrito. Puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre.
- Si se solicita, sus beneficios continuarán mientras la apelación acelerada está pendiente. Si presenta la apelación dentro de los 10 días a partir de la fecha en que se le envió por correo o se le entregó la NOA.
- Recibirá un acuse de recibo por escrito de su apelación acelerada.
- El MHP tiene 3 días a partir de la recepción de su apelación acelerada para revisarla y notificarlo a usted o su representante por escrito sobre la decisión.
- Usted puede extender los plazos hasta 14 días calendario en caso en que solicite una extensión, o si el MHP considera que se necesita más información y que la demora es para su beneficio.
- Si el MHP decide que su apelación no reúne los requisitos para una apelación acelerada, le notificarán inmediatamente por escrito o verbalmente dentro de los 2 días calendario. Entonces, su apelación seguirá el proceso de apelación estándar.

Usted tiene derecho a una **audiencia imparcial estatal**, una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales de California, si completó el proceso de quejas y apelaciones del MHP y el problema no se resolvió de manera satisfactoria. Se incluye una solicitud de una audiencia imparcial del estado con cada Notificación de Acción (NOA). Debe enviar la solicitud dentro de los 90 días a partir de la fecha del sello postal o del día en que el MHP le proporcionó personalmente la NOA. Puede solicitar una audiencia imparcial independientemente de que haya recibido o no una NOA. Para conservar los mismos servicios mientras espera una audiencia, debe solicitar la audiencia dentro de los diez (10) días a partir de la fecha en que la NOA se le envió por correo o personalmente o antes de la fecha de entrada en vigencia del cambio de servicio, la que sea posterior. También puede solicitar una audiencia imparcial del estado llamando al 1(800) 952-5253, enviando un fax al (916) 651-5210 o (916) 651-2789 o bien escribiendo a:

Department of Social Services/State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430.

Para obtener información más detallada sobre el proceso de quejas o apelaciones, solicítele a su proveedor una copia de la *Guía para servicios de salud mental de Medi-Cal*. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar los formularios, puede preguntarle a su proveedor o llamar a:

Ayuda al consumidor: 1(800) 779-0787



SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL
MANUEL J. JIMENEZ, JR > MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
Número gratuito: 1 (800) 779-0787
FAX: (510) 639-1346

SOLICITUD DE QUEJA o APELACIÓN

Este formulario se utiliza para presentar una queja o solicitar una apelación. Si necesita ayuda para completar este formulario, puede solicitarla a su proveedor o llamar a Ayuda al consumidor al (800) 779-0787 o a Derechos del paciente al (510) 835-2505. **Debe enviarse una Autorización firmada para divulgar información confidencial junto con este formulario.** La solicitud de queja o apelación puede enviarse a su proveedor (MD, administrador de casos, médico clínico, supervisor del programa, etc.) o enviarse por correo directamente a Ayuda al consumidor: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Complete ambos lados de este formulario.**

Deseo presentar: (elija una opción) Queja Apelación

Marque aquí si solicita que su apelación se procese a través del Proceso de apelación acelerada (consulte los requisitos para una apelación acelerada)

Su dirección y número de teléfono son importantes. Necesitamos esta información para comunicarnos con usted e informarle sobre el resultado de su queja o apelación.

COMPLETAR EN LETRA DE IMPRENTA:

Nombre: _____

Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____

Fecha de nacimiento: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el número anterior? Sí No

Proveedor actual: _____

Si corresponde, persona que lo representa: _____

Dirección: _____

Teléfono durante el día: _____

~CONTINÚA AL DORSO~



Conteste las siguientes preguntas. Adjunte páginas adicionales, si es necesario.

¿Cuál es el problema? _____

¿Qué ha hecho para tratar de resolver el problema? _____

¿Cuál le gustaría que fuera la solución? _____

Firma del consumidor (o representante del consumidor) Firma Fecha

Usted no será objeto de discriminación ni cualquier otra sanción por presentar una queja o apelación. Se protegerá su confidencialidad en todo momento según la ley estatal y federal. Puede solicitar una audiencia imparcial del estado después de completar el Proceso de quejas y apelaciones.



SERVICIOS DE SALUD MENTAL Y POR ABUSO DE DROGAS Y ALCOHOL
MANUEL J. JIMENEZ, JR > MA, MFT, DIRECTOR

Quality Assurance Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, California 94606
(510) 567-8100 / TTY (510) 567-6884
Número gratuito: 1 (800) 779-0787
FAX: (510) 639-1346

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN CONFIDENCIAL

(Complete ambos lados de este formulario).

Apellido del consumidor Nombre Segundo nombre Fecha de nacimiento

Dirección Ciudad Código postal Teléfono durante el día

Yo, el que suscribe, por medio del presente, autorizo la divulgación de mi información confidencial, incluidos los registros médicos y psiquiátricos de:

Nombre del proveedor de cuidado de la salud Teléfono

Dirección Ciudad/Estado Código postal N.º de FAX (si se conoce)

para: ACBHCS – QA Office
Consumer Assistance
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

con el propósito de resolver mi solicitud de queja o apelación. Además, lo autorizo para proporcionar las copias que puedan solicitarse.

Esta autorización está sujeta a las siguientes limitaciones (marque una opción):

- Todos los registros médicos
- Limitada a registros relacionados con un tratamiento desde el _____ hasta el _____
- Limitada a registros relacionados con la admisión y el tratamiento de la siguiente afección médica o lesión: _____
- Limitada a la siguiente información específica: _____

Este consentimiento está sujeto a la revocación por parte de la persona que suscribe en cualquier momento, excepto en los casos en que se hayan tomado acciones sobre la base de este y en caso de que no haya sido revocado antes, quedará sin efecto a los

~CONTINÚA AL DORSO~



seis (6) meses a partir de la fecha de consentimiento. El firmante puede revocar este consentimiento de forma escrita o verbal e informar sobre esto a Ayuda al consumidor.

Firma del consumidor, tutor legal, representante (Marque con un círculo una opción)

Fecha

Firma del testigo

Fecha

Se prohíbe cualquier tipo de divulgación de información de registros médicos por parte de la persona que recibe esta información, excepto cuando esté implícito en el propósito de esta divulgación.