

Para obtener información del estado de una apelación pendiente, llame al coordinador del mejoramiento de calidad al 800-660-3570.

Audiencias Estatales Imparciales

Los beneficiarios de Medi-Cal puede hacer cualquier pregunta en cualquier Audiencia Estatal Imparcial después de completar el proceso de Apelación/Queja formal. Si usted entabla una audiencia dentro de diez (10) días de haber recibido una Notificación de Determinación de Beneficios Adversos indicando que sus servicios de salud mental serán negados, reducidos, o cancelados, existen circunstancias bajo las cuales los servicios pueden continuar hasta que se celebre la audiencia. Una solicitud para la petición de una Audiencia Estatal Imparcial se incluye con cada Notificación de Determinación de Beneficios Adversos de negación, reducción, o cancelación de servicios. Además, puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial llamando al Departamento Estatal de Servicios Sociales al 800-952-5253.

PROGRAMA DEL MEJORAMIENTO DE CALIDAD

P.O. BOX 7549
RIVERSIDE, CA 92513



RUHEALTH.ORG

Este documento esta disponible en formatos alternativos previa solicitud. Si necesita una adaptación razonable, comuníquese con Riverside University Health System-Behavioral Health al 951-358-4500.

Rev. 3.23



PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE

PROCEDIMIENTO SOLICITUD DE APELACIÓN/QUEJA FORMAL



SISTEMA DE SALUD INTEGRAL DE RIVERSIDE — SALUD MENTAL Y BIENESTAR APELACIÓN Y QUEJA FORMAL

El beneficiario y/o el representante del beneficiario pueden entablar una apelación o una queja formal, oral o por escrito, con su proveedor de servicios, C.A.R.E.S., o el Programa del Mejoramiento de Calidad.

Una apelación es una petición para que se reconsidere alguna acción tomada por la unidad de autorización (C.A.R.E.S.) o el Programa de salud mental. Una acción se define como la modificación o negación de un servicio solicitado por un beneficiario y/o una reducción, suspensión, o terminación de un servicio que fue previamente autorizado.

Una Queja Formal se define como una expresión de descontento acerca de los servicios que se recibieron de parte del Plan de Salud Mental. Ejemplos de una queja formal pueden ser los siguientes: la calidad del tratamiento o los servicios prestados, los aspectos de las relaciones interpersonales tal como el que un empleado sea grosero, etc.

Si esperar hasta 30 días para una decisión de apelación estándar pondrá en peligro su vida, salud o capacidad para mantener o recuperar la función máxima usted puede solicitar presentar una Apelación Expedita. Usted puede presentar una apelación expedita verbalmente. Si el Plan de Salud Mental esta de acuerdo en que su apelación expedita cumple con los requisitos, el Plan de Salud Mental resolverá su apelación expedita dentro de 72 horas. Si su apelación no cumple con los requisitos para una apelación expedita, se le notificará de inmediato verbalmente y por escrito dentro de 2 días hábiles. Una apelación expedita negada puede ser presentada como una apelación estándar.

Adjunto, se encuentra el formulario de Apelación/Queja Formal para el beneficiario y/o el representante del beneficiario con el propósito de usarlo para entablar una apelación o queja formal escrita. Si necesita asistencia para llenarla, puede pedirle a su proveedor que le ayude, o llamando al Programa del Mejoramiento de Calidad al 800-660-3570, o a los Derechos del Paciente al 800-350-0519, o localmente al 951-358-4600.

El formulario de Apelación/Queja Formal puede someterse al proveedor, al supervisor del programa C.A.R.E.S., o mándelo directamente por correo al Mejoramiento de Calidad en el sobre con el domicilio, disponible en la sala de espera de su proveedor de servicios o en el área de recepción.

Usted no será sujeto a discriminación ni a ningún otra represalia por entablar un Apelación o Queja Formal.

Solamente para Apelación: favor de indicar si el beneficiario se encuentra en un programa residencial de tratamiento pagado por Medí-cal.

Los beneficiarios de Medí-cal pueden entablar una petición para que se celebre un Audiencia Estatal después de completar el proceso de Apelación o Queja Formal.

**Plan de Salud Mental del Condado de
Riverside
Quality Improvement Coordinator
P.O. Box 7549
Riverside, CA 92513
1-800-660-3570**

Solo para el uso de la oficina:
By: _____ **Forward to:** _____
Date: _____
Date Consumer Notified: _____
Outcome: _____

SOLICITUD DE APELACIÓN/QUEJA FORMAL

Este formulario se usa para entablar una apelación. Si requiere asistencia para llenar este formulario, puede pedir ayuda de su proveedor, o llame al Programa del Mejoramiento de Calidad al (800) 660-3570 o a los Derechos del Paciente al (800) 350-0519, o localmente al (951) 358-4600. Necesita incluir una autorización para divulgar información con esta solicitud de apelación. Puede presentar esta apelación entregándosela al terapeuta clínico, al Supervisor del Programa, o mándela directamente al Programa del Mejoramiento de Calidad al domicilio escrito arriba.

Deseo presentar: **Apelación** **Queja Formal** **Apelación Expedita**

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

Su domicilio y número de teléfono son de suma importancia. Necesitamos esta información para comunicarnos con usted acerca del resultado de la apelación o queja formal.

Su Nombre: _____

Su Domicilio: _____

Su Teléfono Durante el Día: _____

Marque aquí si actualmente se encuentra en un programa de tratamiento residencial pagado por Medi-Cal.

Proveedor de Servicios Actual: _____

Si aplica, Persona Responsable por Usted: _____

El Domicilio de esa Persona: _____

El Teléfono Durante el Día de esa Persona: _____

¿Cuál es el Problema?

¿Qué le gustaría que fuese la solución?

¿Con quién ha hablado acerca del problema?

Firma del Cliente (o el Representante del Cliente)

Fecha

Usted no será sujeto a discriminación ni a ninguna otra represalia por entablar esta apelación. Su confidencialidad será protegida en todo momento, según lo disponen las leyes Estatales y Federales. Usted puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal después de que haya completado el Proceso de Apelación.

Plan de Salud Mental del Condado de Riverside
Autorización para Divulgar Información del Expediente Médico

Apellido del Beneficiario	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
Domicilio	Ciudad	Zona Postal	Número de Teléfono

Yo, el suscrito, por el presente autorizo: (Nombre y domicilio del proveedor de servicios médicos con los archivos)

Nombre del Proveedor de Tratamiento Médico		
Domicilio		
Ciudad	Estado	Zona Postal

Y al: **Plan de Salud Mental del Condado de Riverside**
Mejoramiento de Calidad
P.O. BOX 7549
Riverside, CA 92513

acceso a mis archivos médicos con el propósito de _____ .
También autorizo a usted para que provea copias de las mismas según se soliciten.

La autorización está sujeta a las siguientes limitaciones:

- Limitados a los archivos relativos al tratamiento del período comenzando con _____ hasta _____
- Limitados a los archivos relativos al ingreso y el tratamiento para la condición médica o lesión siguiente: _____

- Limitada a la siguiente información especificada: _____
- Todo archivo médico.

Este consentimiento está sujeto a revocación por el suscrito en cualquier momento dado, excepto si algunos pasos hayan sido tomados confiando en el mismo, y si el mismo no ha sido revocado antes, el mismo deja de ser vigente en tres (3) meses de la fecha del consentimiento sin revocación expresa.

Firma del Cliente, el Tutor Legal, o el Representante (Favor de circular el apropiado)

Fecha

Firma del Testigo

Fecha

Cualquier divulgación de información de los archivos médicos por el que tiene los mismos se prohíbe, excepto cuando se indique implícitamente en el área del propósito para la divulgación.