|  |  |
| --- | --- |
| **ALAMEDA COUNTY** **Behavioral Health Care Services** | **Fecha de aprobación:** 6/5/2018  **Por:** [Firma: Carol F. Burton]  **Carol F. Burton,**  Directora Interina del BHCS |
| **TÍTULO DE LA POLÍTICA**  **Sistema de Quejas y Apelaciones de Consumidores** | **Política n.°:** 300-1-1  **Fecha de aprobación original:** 3/10/10  **Fecha de revisión:** 6/5/2018 |

**PROPÓSITO**

Esta política establece un proceso por el cual un consumidor o un representante autorizado pueden expresar insatisfacción con respecto a la atención al consumidor y otras cuestiones de la participación del consumidor en cualquier servicio ofrecido por el Alameda County Behavioral Health Care Services (BHCS, Servicio de Atención de la Salud del Comportamiento) y describe el proceso para resolver estas inquietudes. Se requiere que el BHCS cuente con un Sistema de quejas y apelaciones que permita a los beneficiarios encontrar una solución ante un problema o una inquietud sobre cualquier asunto relativo al desempeño del BHCS en sus obligaciones de prestar servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal (que incluyen tanto los servicios de salud mental como los de trastornos por abuso de sustancias financiados por Medi-Cal) y servicios financiados conforme a la Ley de Servicios de Salud Mental (MHSA). Además, esta política establece el proceso de quejas relativo al proceso de planificación, acceso a servicios del programa comunitario dentro de la MHSA, y articulación en la implementación del programa y el plan aprobado de la MHSA para el BHCS. En cumplimiento de los requisitos federales y estatales, esta política establece las pautas y los procedimientos para quejas y apelaciones de los consumidores y establece procedimientos departamentales para poner en práctica y supervisar este proceso.

**AUTORIDAD**

Título 9 del CCR, Secciones 1810.200, 1850.205-215, 1810.230.5; 1850.207(d); Título 22 del CCR, Secciones 50951-51014.2; Título 42 del CFR, Parte 431, Subparte E, Secciones 431.200-250; Título 42 del CFR, Parte 438, Subparte C, Sección 438.228; Título 42 del CFR, Parte 438, Subparte F, Secciones 438.400424; Aviso de información del MHSUDS del DHCS n.° 18-010; el Acuerdo del MHP n.° 1289353 con el California Department of Health Care Services.

**ALCANCE**

Todos los programas de salud del comportamiento operados a nivel del condado por el BHCS, incluidos los programas Mental Health (MH) y Substance Use Disorder (SUD), y los programas financiados por la MHSA, además de las entidades, los individuos y los programas que prestan servicios de salud del comportamiento y financiados conforme a la MHSA con un contrato o subcontrato con el BHCS, deberán cumplir con esta política.

**POLÍTICA**

Esta política estableció un Sistema de quejas y apelaciones por el cual todos los consumidores de los servicios ofrecidos por el BHCS y sus contratistas tienen derecho a presentar una queja y/o apelación conforme a lo establecido en esta política. Cada esfuerzo debería estar a cargo de proveedores en pos de resolver inquietudes de los consumidores y del programa de la forma más rápida y simple posible; sin embargo, es política del BHCS que los consumidores puedan usar el sistema de quejas y apelaciones del BHCS en cualquier momento. Un consumidor o un representante autorizado pueden usar el proceso de quejas y apelaciones del BHCS o el proceso de queja de un contratista del proveedor, sin miedo a represalias por parte del BHCS o sus contratistas. Esta política se implementa conforme a las leyes y normas estatales y federales relativas a la confidencialidad de los consumidores.

A los fines de esta política, el término “consumidor” es sinónimo de “beneficiario”, “paciente” y “cliente” e incluye tanto a consumidores actuales de los servicios como a una persona que busque recibir prestaciones del BHCS.

**PROCEDIMIENTO**

**QUEJAS DE LOS CONSUMIDORES**

Una **Queja** es una expresión de disconformidad por algún asunto distinto de una Determinación adversa sobre el beneficio, que se describe a continuación en el proceso de apelación de Medi-Cal. Las quejas pueden incluir, entre otras cuestiones, la calidad de la atención de los servicios prestados, aspectos de relaciones interpersonales, como descortesía de un proveedor o empleado, falta de respeto de los derechos del consumidor, independientemente de si se solicita una medida correctiva, y el derecho del consumidor de cuestionar una extensión del tiempo propuesto por el plan Behavioral Health Plan (BHP) para tomar una decisión sobre una autorización.

El BHCS y sus contratistas no desalentarán la presentación de quejas. Un consumidor no necesita haber usado el término “queja” para que un reclamo se considere una expresión de disconformidad y, por tanto, de queja. No existe distinción entre queja informal y formal. Incluso si el beneficiario expresamente desiste de presentar una queja formal ante BHCS o un proveedor contratado por el BHCS, la queja del consumidor de todos modos deberá clasificarse como tal y estará sujeta a los requisitos de esta política.

**Presentación de quejas ante el BHCS:**

1. El consumidor o su representante autorizado pueden presentar quejas en cualquier momento ante el BHCS. Esto incluye lo siguiente:
2. Consumidores de doce (12) años o más
3. Padres/tutores de niños y jóvenes que reciben servicios
4. Un representante designado por el consumidor (por ejemplo, un miembro de la familia, amigo, proveedor de servicios, otro cliente o abogado capacitado) podría presentar una queja o ayudar a un consumidor en el proceso en cualquier momento.
5. Si el representante designado por el consumidor no es empleado del BHCS o un contratista del BHCS, deberá protegerse la confidencialidad del consumidor. El consumidor debe dar su consentimiento verbal o firmar un formulario de Autorización para divulgar información confidencial, disponible en todos los sitios, para permitir que el BHCS trate el asunto con el representante.
6. Las quejas ante el BHCS pueden presentarse de forma oral, por escrito o en persona a través del formulario de Solicitud de queja o apelación del BHCS, disponible en todos los sitios del proveedor.
7. Un consumidor o su representante designado puede presentar una queja ante

el BHCS de la siguiente manera:

Por teléfono: (800) 779-0787, la línea Consumer Assistance

Por correo postal de EE. UU.: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

Personalmente: En el centro del proveedor para obtener formularios y ayuda

O BIEN

En la línea Consumer Assistance en Mental Health Association, 954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

1. La presentación de una queja también puede hacerse vía telefónica a la línea de Consumer Assistance que se indica más arriba. Las quejas que se presentan oralmente o en persona pueden ingresarse a través de un formulario de quejas telefónicas con la ayuda del personal que recibe las quejas.

Procesamiento de quejas por parte del BHCS

1. Cuando se presenta una queja ante el BHCS, la persona de Consumer Assistance que recibe la queja emitirá una confirmación de recepción a la persona que la presenta.
2. La confirmación de recepción incluirá datos del recibo, el nombre, número de teléfono y la dirección del representante del BHCS a quien el beneficiario debe contactar para hacer el seguimiento de la queja.
3. La fecha del matasellos de la confirmación de recepción por escrito enviada al consumidor deberá ser dentro de los cinco (5) días calendario posteriores a la recepción de la queja.
4. La queja entonces será asignada a la persona adecuada del personal para que la resuelva.
5. La persona que investiga la queja no debe haber participado en ningún otro nivel de revisión o decisión relativa a la queja en cuestión.
6. Las quejas que no son de naturaleza clínica estarán a cargo del especialista asistente para consumidores o familias con experiencia en la resolución de cuestiones no clínicas de los consumidores.
7. Las quejas que son de naturaleza clínica estarán a cargo de un profesional de salud del comportamiento en la Quality Assurance Office del BHCS como un asunto clínico que debe tratarse con un profesional de la salud con la experiencia clínica acorde para tratar la enfermedad del consumidor que presenta la queja.
8. La parte que se ocupa de resolver la queja deberá asegurar que cada asunto en ella sea tratada y resuelta de forma adecuada y pertinente.
9. Las quejas relativas a asuntos de la MHSA que se detallan a continuación deberán remitirse a la parte designada, si correspondiera, quien deberá procesar la queja conforme a las pautas y los plazos estipulados en esta política:
10. Las quejas relativas a los servicios de vivienda financiados por la MHSA se remitirán al director de Housing Services del BHCS.
11. Las quejas sobre aportes en una reunión pública relativa a la MHSA o capacitación financiada por la MHSA serán remitidas al planificador ejecutivo de la MHSA en el BHCS o al coordinador de Training en el BHCS.
12. Las quejas relativas al consumidor o a eventos de bienestar financiados por la MHSA se remitirán al gerente de Consumer Empowerment del BHCS.
13. Las quejas relativas a la participación de miembros de la familia, educación y programas de apoyo se remitirán al gerente de Family Empowerment del BHCS.
14. La investigación de la queja implicará la participación de personal en contacto con el emisor de la queja, siempre que sea posible. Esto puede hacerse por vía telefónica.
15. El especialista en ayuda al consumidor o la parte que resuelve la queja tiene la responsabilidad de brindar información si el consumidor o su representante solicitan para conocer el estado de la queja.
16. El BHCS deberá resolver las quejas dentro de noventa (90) días calendario a partir de la fecha en que el BHCS recibe la queja, excepto como se indica en el n.° 1 a continuación.
17. Este plazo para resolver quejas relativas a disputas por la decisión del BHCS de extender el plazo de toma de decisiones sobre una autorización no deberá superar los treinta (30) días calendario.
18. “Resuelta/o” significa que el BHCS tomó una decisión sobre la queja del consumidor y notificó al beneficiario de la disposición
19. Una decisión por escrito, usando una plantilla de Aviso de resolución de queja (NGR), deberá enviarse al consumidor o a su representante con el dictamen de la queja y la fecha en que este fue emitido y deberá enviarse dentro de los noventa (90) días calendario a partir de la fecha de recepción de la queja. La decisión por escrito deberá contener una fundamentación clara y concisa del dictamen.
20. Además de una decisión escrita, la parte que resuelve la queja puede también informar la resolución de forma oral al consumidor.
21. Si no pudiera comunicarse con el consumidor o su representante, se registrarán las notificaciones o los intentos para notificarlo.
22. El plazo para resolver una queja puede extenderse hasta catorce (14) días calendario si el consumidor o el representante autorizado piden una extensión O BIEN si BHCS determina y puede demostrar (si el DHCS está convencido, y se lo solicita) que se necesita información adicional y que la demora es para el mayor beneficio del consumidor.
23. En caso de que la resolución de una queja estándar no ocurra dentro de los 90 días calendario como es requerido, el BHCS debe brindar al consumidor un Aviso por escrito de determinación adversa sobre el beneficio (NOABD) e incluir el estado de la queja y la fecha aproximada de resolución, que no debe ser posterior a los catorce (14) días calendario adicionales.
24. Además, si el BHCS extiende el plazo, no a pedido del consumidor, el BHCS debe hacer lo siguiente:
25. Dar de inmediato aviso oral sobre el retraso al consumidor.
26. Dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la decisión, el BHCS debe enviar un aviso por escrito comunicando la razón de esa decisión de extender el plazo e informar al consumidor de su derecho de presentar una queja si no estuviera de acuerdo con la resolución.
27. Resolver la queja antes de que la fecha límite.
28. La parte que resuelve la queja será responsable de notificar al personal de gerencia pertinente de la oficina mencionada (es decir, director ejecutivo, supervisor de programa) sobre los contenidos de la queja, todo prestador de servicios mencionado sobre el cual haya una queja y la resolución en un formulario de Notificación de disposición (Proveedor) que debe entregarse directamente al proveedor o enviarse con fecha del matasello antes del límite para emitir una resolución.
29. Para las quejas relativas a la MHSA que haya resuelto el personal de Consumer Assistance del BHCS o la Quality Assurance Office del BHCS, se debe enviar una copia del NGR dirigida consumidor y de la carta de Notificación de disposición dirigida al proveedor (si corresponde) junto con las copias de todo material de respaldo relevante a la Quality Assurance Office del BHCS dentro de los cinco (5) días laborales posteriores a la fecha de la decisión.

**Presentación de quejas ante un proveedor contratado del BHCS**

1. Es posible que los consumidores consulten con la oficina del proveedor de servicios contratado del BHCS acerca de si la oficina tiene un proceso interno de quejas de los consumidores. El consumidor puede elegir usar ese proceso o presentar una queja directamente ante el BHCS.
2. Cualquier proceso interno de quejas de los consumidores de una oficina de un proveedor contratista del BHCS, ya sea una queja formal o informal, deberá cumplir con todas las normas y pautas estatales y federales y esta política del BHCS sobre procesos de quejas, que incluyen entre otros, los plazos para la resolución, avisos a consumidores, retención de antecedentes y registros. Es posible que el proveedor contratado consulte el Manual de Quejas y Apelaciones de Consumidores del BHCS publicado en el Manual de control de calidad accesible vía el sitio web del proveedor del BHCS para obtener pautas y plantillas de avisos y resoluciones.
3. El proveedor contratado no debe requerir que el consumidor use o agote su proceso interno de quejas antes de acceder al proceso de quejas del BHCS.
4. Las apelaciones, tal como se describen en la sección Apelaciones de los consumidores (a continuación), solo pueden presentarse ante el BHCS, el único que podrá dictaminar sobre ellas, y los proveedores contratados deben remitir a los consumidores que deseen presentar una apelación a la línea de Consumer Assistance.
5. Todas las agencias o los proveedores contratados por el BHCS deben mantener un expediente de queja para cada queja del consumidor, informal o formal, que, como mínimo, contenga toda la información y los documentos pertinentes que se detallan en Retención de antecedentes, Sección C, a continuación.
6. Una vez que se haya resuelto una queja, el proveedor contratado debe enviar una copia de toda la información y los documentos que correspondan, que se detallan en Retención de antecedentes, Sección C, a continuación, en un plazo de cinco (5) días a partir de la fecha de la resolución.
7. Presente los expedientes de la queja junto con el nombre del representante de la oficina y la información de contacto de la Consumer Assistance de la Quality Assurance Office del BHCS:

Por fax: (510) 639-1346

Por correo electrónico seguro: [qaoffice@acgov.org](mailto:qaoffice@acgov.org)

Por correo postal de EE. UU.: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400 Oakland, CA 94606

1. Las oficinas del proveedor contratado deben mantener un registro de quejas que esté actualizado y contenga toda la información correspondiente que se indica en Retención de antecedentes, Sección B, a continuación.
2. El registro de quejas debe contener todas las quejas del consumidor, sean formales o no.
3. Quality Management del BHCS supervisará que el proceso de quejas del consumidor de la oficina del proveedor contratado incluya, entre otras cuestiones, la política de resolución de quejas del consumidor del proveedor, el registro de quejas o los expedientes de las quejas que cumplen con las normas y pautas federales y estatales y esta política del BHCS.

**Excepciones al proceso de quejas**

1. Las quejas recibidas vía teléfono o en persona en BHCS, o en una oficina contratada por BHCS, que se resuelven a satisfacción del beneficiario al final del siguiente día laboral después de haber recibido la queja están exentas del requisito de envío de un acuse de recepción y disposición por escrito.
2. Las quejas recibidas vía correo electrónico en BHCS, o proveedores u oficinas contratados por BHCS, no están exentas del requisito de envío de un acuse de recepción y disposición por escrito.
3. Si el BHCS o una oficina contratada por el BHCS recibe una queja relativa a una Determinación adversa sobre un beneficio, la queja no se considerará como tal y la exención no tendrá validez.
4. El BHCS o las oficinas de proveedores contratados por el BHCS deben ingresar todas las quejas exentas.
5. Los proveedores o las oficinas contratados por el BHCS deben entregar el formulario de Exención de queja del BHCS en lugar de un expediente de queja. El formulario de Exención de queja del BHCS debe incluir la siguiente información:
6. Fecha de recepción de la queja
7. Nombre del consumidor
8. Naturaleza de la queja
9. Breve descripción de la resolución de la queja
10. Fecha y hora de la resolución
11. Nombre del representante de la oficina que recibió y resolvió la queja
12. Información de contacto del representante de la oficina
13. El BHCS debe asegurar que las quejas exentas estén incluidas en su Informe anual de quejas y apelaciones de los beneficiarios (ABGAR) que entrega el California Department of Health Care Services (DHCS).

**APELACIONES DEL CONSUMIDOR** (corresponde solo a los beneficiarios de Medi-Cal que reciben servicios de Medi-Cal)

Una **Apelación** es una revisión que hace BHCS de una Determinación adversa sobre un beneficio. Una **Determinación adversa sobre un beneficio** es cualquiera de las medidas tomadas por el BHCS o un proveedor contratado por BHCS con respecto a servicios de salud del comportamiento de Medi-Cal:

1. El rechazo o la autorización limitada de un servicio requerida, que incluye las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, la necesidad médica, la pertinencia, la configuración o la eficacia de un beneficio cubierto.
2. La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado.
3. El rechazo, total o parcial, del pago de un servicio.
4. La falta de prestación de servicios a tiempo.
5. La falta de acción dentro de los plazos requeridos para resoluciones estándares de quejas y apelaciones.
6. El rechazo de una solicitud de un beneficiario para disputar una responsabilidad financiera.

Cuando alguna de estas acciones ocurre, el Behavioral Health Plan (BHP) requiere que se emita un **Aviso de determinación adversa sobre un beneficio** (NOABD) por escrito; sin embargo, un beneficiario de Medi-Cal no necesita haber recibido un NOABD para solicitar una apelación. *Consulte la política “Avisos de determinación adversa sobre un beneficio” para obtener más información.*

**Presentación y procesamiento de una apelación ante el BHCS (Primer nivel de apelación)**

1. Solo los beneficiarios de Medi-Cal pueden presentar una apelación estándar o acelerada ante el BHCS, relativa a un NOABD por un servicio de salud del comportamiento de Medi-Cal.
2. Las apelaciones no están disponibles para beneficiarios que no estén conformes con el resultado de una queja.
3. El proceso de apelaciones descrito en esta política está únicamente disponible a través del BHCS y no a través de proveedores contratados por el BHCS.
4. El consumidor, el proveedor o su representante autorizado (con consentimiento por escrito del consumidor) pueden presentar apelaciones de forma oral o escrita ante el BHCS. Esto incluye lo siguiente:
5. Clientes de doce (12) años o más
6. Padres/tutores de niños y jóvenes que reciben servicios
7. Un representante designado por el consumidor (por ejemplo, un miembro de la familia, amigo, proveedor de servicios, otro cliente o abogado capacitado, con un consentimiento firmado por el consumidor) podría presentar una apelación o ayudar a un consumidor en el proceso en cualquier momento.
   1. Si el representante designado por el consumidor no es empleado del BHCS o un contratista del BHCS, deberá protegerse la confidencialidad del consumidor. El consumidor debe dar su consentimiento verbal o firmar un formulario de Autorización para divulgar información confidencial, disponible en todos los sitios, para permitir que el BHCS trate el asunto con el representante.
8. Las apelaciones estándares ante el BHCS pueden presentarse de forma oral o escrita, a través del formulario de Solicitud de queja o apelación del BHCS, disponible en todos los sitios del proveedor.
9. Una apelación oral (excluyendo las apelaciones aceleradas) deberá tener seguimiento con una apelación escrita y firmada por el consumidor, aunque en caso de que el BHCS no reciba dicha apelación, el BHCS no podrá desestimar ni retrasar su resolución.
   1. La fecha de la apelación oral marca la fecha de su presentación.
10. Si el consumidor recibió un NOABD, la apelación debe presentarse dentro de los sesenta (60) días calendario de la fecha en el NOABD. Si el consumidor no recibió una NOABD, no hay una fecha límite para la presentación. Por ello, puede presentarla en cualquier momento.
11. Las apelaciones pueden presentarse ante el BHCS de la siguiente manera:

Por teléfono: (800) 779-0787, la línea Consumer Assistance

Por correo postal de EE. UU.: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400

Oakland, CA 94606

Personalmente: En la línea Consumer Assistance en Mental Health Association,   
954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

1. La presentación de una apelación puede hacerse vía telefónica a la línea de Consumer Assistance que se indica más arriba.
2. Cuando se presenta una apelación, se emitirá una confirmación de recepción al consumidor o su representante; esta deberá tener la fecha del matasellos dentro de los cinco (5) días calendario posteriores a la recepción de la apelación.
3. La Quality Assurance Office del BHCS facilita la revisión y el procesamiento de todas las apelaciones de los consumidores y los ayuda a solicitar la continuidad de los beneficios durante una apelación de una determinación adversa sobre un beneficio. Los proveedores y los representantes autorizados no pueden solicitar la continuidad de beneficios como se indica en el Título 42 del CFR §438.420(b) (5). El BHCS debe notificar al consumidor o su representante por escrito usando el Aviso de resolución de apelación (NAR) y el adjunto “Sus derechos” (del NAR) sobre la decisión dentro de los treinta (30) días calendario a partir de la recepción de la apelación.
4. El plazo puede extenderse hasta catorce (14) días calendario si el consumidor o el representante autorizado piden una extensión O si BHCS determina y puede demostrar (si el DHCS está convencido, y se lo solicita) que se necesita información adicional y que la demora es para el mayor beneficio del consumidor.

a. Si el BHCS extiende el plazo, no a pedido del consumidor, el BHCS debe hacer lo siguiente:

1. Hacer todo lo posible para brindar al consumidor un aviso oral de inmediato sobre la extensión.
2. Dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la decisión, el BHCS deberá enviar un aviso por escrito comunicando la extensión y la razón de esa decisión de extender el plazo e informar al consumidor de su derecho de presentar una queja si no estuviera de acuerdo con la resolución.
3. Resolver una apelación con la rapidez que requiera el estado de salud del consumidor y en ningún caso extender la resolución más de catorce (14) días calendario.

b. En caso de que el BHCS no cumpla con el aviso y los plazos requeridos para una extensión, se considera que el consumidor ha agotado todo el proceso de apelación del BHCS y puede iniciar una audiencia del estado.

F. Apelación acelerada: Se concederá una apelación acelerada si el BHCS determina, a partir de una solicitud del consumidor o un proveedor o de la información de respaldo presentada, que tomarse el tiempo para una resolución estándar de una apelación implicaría poner en riesgo la salud mental o una condición por trastornos por abuso de sustancias del consumidor o su capacidad de lograr, mantener o recobrar su vida normal al máximo.

1. Una solicitud para una apelación acelerada puede hacerse de forma oral sin tener que hacer el seguimiento con una apelación por escrito.

2. El BHCS registrará el tiempo y la fecha de recepción de la solicitud cuando se solicite una apelación acelerada.

3. Las apelaciones aceleradas se resolverán y el BHCS entregará un Aviso de resolución de la apelación (NAR) y el adjunto “Sus derechos” del NAR al consumidor y proveedor tan pronto como lo requiera el estado de salud del consumidor y no más de setenta y dos (72) horas antes de que el BHCS reciba la solicitud de apelación acelerada. Además, el BHCS hará todo lo posible para brindar aviso oral de inmediato sobre la extensión al consumidor o su representante.

4. Si BHCS rechaza una solicitud de apelación acelerada, el BHCS transferirá dicha apelación al plazo de una apelación estándar. En ese caso, el BHCS debe hacer lo siguiente:

1. Hacer todos los esfuerzos razonables para darle al consumidor o su representante un aviso oral de inmediato sobre el rechazo de una apelación acelerada y la decisión de transferirla al plazo de una apelación estándar.
2. Brindar aviso por escrito dentro de los dos (2) días calendario posteriores a la decisión para transferirla al plazo de apelación estándar y notificar al consumidor sobre el derecho de presentar una queja si no estuviera de acuerdo con la extensión.
3. Resolver una apelación tan pronto como lo requiera el estado de salud del consumidor y dentro del plazo de una apelación estándar.

5. Es posible que el BHCS extienda el plazo para una resolución de una apelación acelerada a catorce (14) días calendario como se describe anteriormente en la sección sobre apelaciones estándares.

G. Avisos de resoluciones de apelaciones a los consumidores: El BHCS deberá usar plantilla de Aviso formal de resolución de una apelación (NAR) del DHCS para informar a los consumidores que se ha revocado o mantenido una Determinación adversa sobre un beneficio y comunicar a los consumidores sobre sus derechos. Cada NAR enviada a un consumidor deberá incluir el adjunto “Sus derechos con Medi-Cal” del NAR del DHCS.

H. Apelaciones concedidas: Si una apelación se resuelve completamente a favor del consumidor, el BHCS autorizará o brindará el servicio cuestionado de inmediato y según lo requiera la enfermedad del consumidor, no más de setenta y dos (72) horas de la fecha y hora en que revierte la decisión.

Los asuntos relativos a una internación involuntaria del tipo 5150, 5250 y tutelas se gestionan a través de recursos legales, como los derechos de los pacientes y no mediante procesos de apelaciones. Comuníquese con Defensores de los Derechos de los Pacientes al: 1 (800) 734-2504 o (510) 835-2505.

**Presentación para audiencias imparciales del estado (Segundo nivel de apelación)**

A. Los beneficiarios de Medi-Cal tienen derecho a presentar una **Solicitud de audiencia imparcial del estado**, realizada por el estado de California, solo si se considera que el primer nivel de apelación del BHCS está agotado. Pueden presentarla si:

1. El beneficiario recibe la notificación escrita del BHCS a través del Aviso de resolución de una apelación (NAR) ya sea que la determinación adversa sobre el beneficio se mantiene o se revierte.
2. O si el beneficiario no recibe el NAR dentro de los 30 días de la fecha de recepción de la apelación.

B. Se debe presentar una Solicitud de audiencia imparcial del estado dentro de ciento veinte (120) días a partir de la fecha de NAR por escrito por parte de BHP.

C. El NAR estará acompañado del aviso “Sus derechos”, que le informa al beneficiario su derecho a una Audiencia imparcial del estado y cómo solicitar una Audiencia imparcial del estado.

D. Las Audiencias imparciales del estado pueden solicitarse de este modo:

1. Por teléfono: (800) 952-5253 TTY/TDD 1-800-952-8349
2. En línea: <http://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>
3. Por escrito: Department of Social Services/State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37

Sacramento, CA 94244-2430

E. Las Audiencias imparciales del estado no están disponibles para los beneficiarios que no están conformes con el resultado de la queja.

F. Procesamiento de Audiencias imparciales del estado por parte del BHCS

1. El programa Utilization Management (UM) Program del BHCS recibe y procesa todas las solicitudes de Audiencias imparciales del estado.
2. Audiencias estándares:
3. El estado debe llegar a una decisión sobre la Audiencia imparcial del estado dentro de los noventa (90) días calendario de la fecha de solicitud de la Audiencia.
4. Una vez que se notifique la solicitud de una Audiencia imparcial del estado, un médico clínico certificado y designado por UM facilita la revisión y comunica una posición del BHP para mantener o revocar la Determinación adversa sobre un beneficio.
5. El médico clínico certificado y designado por UM completa y entrega una Declaración de posición al estado de California antes de la fecha programada de la Audiencia.
6. El médico clínico certificado y designado por UM presenta la posición de BHP durante la Audiencia del estado al juez en derecho administrativo. Otros participantes de la Audiencia del estado incluyen al beneficiario y, si corresponde, al representante autorizado.
7. Audiencias aceleradas: Si tomarse un tiempo para una Audiencia estándar podría poner en serio riesgo la vida, salud del consumidor o su capacidad de lograr, mantener o recobrar su vida normal al máximo, se puede solicitar una audiencia acelerada.
8. El estado debe llegar a una decisión sobre la Audiencia imparcial del estado dentro de los tres (3) días laborales de la fecha de solicitud de la audiencia.
9. Un médico clínico certificado y designado por UM realiza los mismos procedimientos como se indica para las audiencias estándares.
10. En el caso de decisiones del estado revocadas, el BHP deberá autorizar y brindar los servicios disputados tan pronto como lo requiera el estado de salud del beneficiario, pero no más de 72 horas después de la fecha en que se recibe el aviso de revocación de la Determinación adversa sobre el beneficio de BHP.

**Ayuda pagada pendiente (APP):**

(La APP no rige para los servicios del BHP que ya se prestaron o finalizaron).

Un beneficiario puede solicitar una **Ayuda pagada pendiente** (APP), que es la continuidad de los beneficios mientras una apelación o una Audiencia imparcial del estado están pendientes. Si se cumplen los siguientes criterios, los beneficios de un miembro de Medi-Cal podrán continuar mientras la Audiencia imparcial del estado esté pendiente:

1. El beneficiario presenta dentro del plazo los documentos para continuar con el beneficio en la fecha o antes de la fecha más tardía de las siguientes opciones:

a. diez (10) días calendario a partir de la fecha de aviso de la Determinación adversa sobre el beneficio;

b. la fecha de entrada en vigencia prevista para la Determinación adversa sobre el beneficio;

1. la apelación implica la finalización, suspensión o reducción de servicios previamente autorizados;
2. los servicios fueron solicitados por un proveedor autorizado;
3. el período cubierto por la autorización original no expiró.
4. Se notificará al beneficiario sobre su derecho a una solicitud de APP vía un “Aviso de ayuda pagada pendiente del BHCS”.
5. La duración de la continuidad de los beneficios está vigente hasta que sucede una de las situaciones a continuación:
6. El beneficiario revoca la apelación o solicitud de Audiencia imparcial del estado.
7. El beneficiario no solicita una Audiencia imparcial del estado y la continuidad de los beneficios dentro de los diez (10) días calendario de la fecha del NAR y mantiene la Determinación adversa sobre el beneficio.
8. Una oficina de Audiencias imparciales del estado emite un fallo adverso para el beneficiario.
9. Responsabilidad del beneficiario por servicios prestados mientras la Audiencia imparcial del estado está pendiente:
10. Si la resolución final de la apelación de la Audiencia imparcial del estado es adversa para el beneficiario, esto es, si se mantiene la Determinación adversa sobre el beneficio a favor del BHP, es posible que el BHP cubra el costo de los servicios provistos al beneficiario mientras la apelación y la Audiencia imparcial del estado estén pendientes.

**Requisitos de información del consumidor**

1. Publicación e información
   * + 1. Los proveedores deberán publicar un póster del Sistema de quejas y apelaciones del BHCS en todos los idiomas hablados por una cantidad mínima de personas en la zona, en lugares de alta visibilidad para los consumidores (por ejemplo, la sala de espera).
       2. Los formularios usados para presentar una queja (formulario de Solicitud y procesamiento de quejas y apelaciones) con sobres dirigidos a BHCS y a uno mismo deberán estar disponibles en todas las oficinas de los proveedores para que puedan llevarse sin necesidad de pedirlos a nadie de forma oral o escrita. Los proveedores deberán habilitar el material en los idiomas hablados por una cantidad mínima de personas en la zona.
       3. Los consumidores recibirán información escrita y oral de sus proveedores de servicios con respecto al proceso de quejas y apelaciones del BHCS. Informar a los consumidores significa explicarles el proceso en su idioma principal y recordarles el proceso cuando expresen su deseo de presentar una queja o una apelación ante BHCS.
       4. Los proveedores informarán a los consumidores sobre el Sistema de quejas y apelaciones del BHCS:
2. en la primera visita en persona y en la admisión a cualquier nuevo programa u oficina del proveedor,
3. anualmente durante la reautorización de tratamiento y
4. cuando se modifiquen, nieguen o finalicen los servicios.
   * + 1. Los siguientes materiales relativos a esta política están disponibles en el sitio web del proveedor del BHCS en el Manual de control de calidad, Sección 10: Material sobre cómo informar a los beneficiarios sobre sus derechos:
5. Folleto y formularios del proceso de quejas y apelaciones del BHCS (*Disponibles en los idiomas hablados por una cantidad mínima de personas en el condado y con letra extragrande para personas con problemas de la visión)*
6. Póster sobre el Sistema de quejas y apelaciones del BHCS (*Disponibles en los idiomas hablados por una cantidad mínima de personas en el condado)*
7. “Materiales de información: Sus derechos y responsabilidades”, del BHCS (*Disponibles en los idiomas hablados por una cantidad mínima de personas en el condado*)
8. Política y procedimiento del BHCS: *Sistema de Quejas y Apelaciones de Consumidores* (deberá estar disponible en todos los programas de tratamiento directo para que lo revisen los consumidores si lo solicitan)
   * + 1. Los proveedores contratados por BHCS informarán a los consumidores sobre el proceso interno de quejas de la oficina contratada, si correspondiera, al mismo tiempo que informarán a los consumidores sobre el Sistema de Quejas y Apelaciones de Consumidores del BHCS.
       2. El uso del proceso de quejas y apelaciones del BHCS no reemplaza ninguna posibilidad existente de revisión o reparación provista por ley. Los consumidores tienen todos sus derechos garantizados por ley.

B. Documentación

1. Los proveedores documentarán que los consumidores han sido informados sobre el proceso de quejas y apelaciones en la primera visita en persona y en la admisión a cualquier nuevo programa u oficina del proveedor.
2. La documentación quedará indicada en la casilla para marcar en el *acuse de recepción sobre Materiales de información: Sus derechos y responsabilidades* que debe colocarse en el carrito del consumidor.
3. Los proveedores también revisarán el procedimiento de queja y apelación anualmente con el consumidor como parte de la revisión de la información en *Materiales de información: Sus derechos y responsabilidades* del BHCS y documentarán esto en el *Acuse de recepción* que debe colocarse en el carrito del consumidor.

C. Asistencia lingüística, aviso de no discriminación y eslóganes

1. El BHCS y sus contratistas deberán cumplir con las normas federales que requieren los planes Behavioral Health Plans (BHP) para publicar e incluir avisos de no discriminación y eslóganes de ayuda en distintos idiomas en comunicaciones que sean importantes para los beneficiarios. El BHCS publicará plantillas del aviso de no discriminación y de los eslóganes de ayuda en distintos idiomas en el sitio web del proveedor. Las comunicaciones importantes incluyen, entre otras:

1. Avisos de determinación adversa sobre un beneficio (NOABD)
2. Acuse de recepción de la queja
3. Acuse de recepción de la apelación
4. Aviso de resolución de quejas (NGR)
5. Aviso de resolución de apelación (NAR)

**Retención de antecedentes**

1. Las oficinas del BHCS y de los proveedores contratados por BHCS guardarán una copia de todas las quejas en un archivo administrativo protegido, o las almacenarán en un archivo electrónico seguro, durante siete años a partir de la fecha en que se reciba la queja original, a menos que haya requisitos específicos del programa que exijan que la retención dure más tiempo.
2. Como lo solicita el Department of Health Care Services (DHCS), el BHCS mantendrá un registro de quejas/Apelaciones de Medi-Cal de quejas relativas a la MHSA. Toda queja que no sea relativa a Medi-Cal o a la MHSA también deberá registrarse en el archivo del BHCS a los fines de seguimiento y para su uso en el informe de patrones trimestrales ante el Quality Improvement Committee del BHCS. Las oficinas de proveedores contratados por el BHCS también guardarán un registro de quejas de los consumidores. El registro deberá contener al menos la siguiente información, si corresponde, en cada queja o apelación:
3. Nombre del que presenta la queja o de su representante, si corresponde
4. Fecha de recepción
5. Número de Medi-Cal/seguro social para los beneficiarios de Medi-Cal
6. Descripción general del motivo de la queja o apelación
7. Nombre de la oficina/programa o del proveedor individual
8. Fecha de recepción
9. Fecha de cada revisión o reunión de revisión
10. Fecha de envío del acuse de recepción
11. Resolución de una queja o apelación
12. Fecha de envío de la decisión/notificación al beneficiario
13. Fecha de la resolución
14. Fecha de envío de la carta de extensión
15. Fecha de envío del Aviso de determinación adversa sobre un beneficio
16. Fecha de envío de la carta de decisión/notificación al proveedor
17. Si el programa está financiado por la MHSA/si hay problemas con la MHSA identificados
18. Cada queja o apelación tendrá un expediente individual que incluye copias de los siguientes documentos, si corresponde. El archivo deberá mantenerse separado del archivo del consumidor.
19. Nombre del beneficiario
20. N.º de INSYST
21. Nombre del empleado que resolvió la queja/apelación y sus credenciales
22. Documentación de solicitud de investigación de una queja o apelación por parte de un beneficiario o un representante
23. Autorización de divulgación de información del beneficiario si la necesita para la resolución de una queja/apelación
24. Acuse de recepción
25. Aviso del proveedor (queja/apelación)
26. Notas de investigación
27. Aviso de resolución de queja o apelación al beneficiario con adjuntos sobre aviso de acceso a su idioma y no discriminación del beneficiario
28. Notificación de disposición de una queja o apelación al proveedor
29. Documentación de respaldo y correspondencia adicional (correos electrónicos/registros)
30. Carta de extensión

**Mejora de la calidad y creación de informes**

1. El departamento Quality Management Division del BHCS deberá registrar la puntualidad de las respuestas a las quejas y apelaciones de los consumidores, la cantidad de casos presentados, los tipos de problemas, la cantidad de quejas y apelaciones no resueltas y los motivos, y la cantidad de quejas y apelaciones resueltas.
2. Anualmente, la Quality Assurance Office del BHCS preparará y entregará el Informe anual sobre quejas y apelaciones del beneficiario (ABGAR) para quejas y apelaciones relativas a los beneficiarios de Medi-Cal y los servicios de salud mental a al California Department of Health Care Services.
3. Trimestralmente, la Quality Assurance Office del BHCS preparará y entregará un informe a la California Department of Health Care Services sobre quejas y apelaciones relativas a los beneficiarios de Medi-Cal y los servicios provistos por el Sistema de provisión de medicamentos del BHCS organizado por Medi-Cal (DMC-ODS). El informe seguirá los requisitos de creación de informes del DHCS.
4. Al menos trimestralmente, la Quality Assurance Office del BHCS presentará un informe agregado sobre patrones de quejas y apelaciones al Quality Improvement Committee (QIC) del BHCS que está a cargo de hacer recomendaciones sobre las políticas y desarrollar actividades de mejora de la calidad para garantizar que los consumidores del BHCS reciban la atención adecuada.
5. La revisión incluirá, entre otras cuestiones, asuntos relativos al acceso a la atención, calidad de la atención y rechazo de servicios.
6. Los asuntos identificados como resultado de un proceso de queja o apelación se discutirán en el QIC, si fuera necesario, y se notificará al Equipo Ejecutivo del BHCS u otro órgano pertinente para que lo considere en detalle.

**CONTACTO**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Oficina del BHCS** | **Vigente desde** | **Correo electrónico** |
| Quality Assurance Office | Mayo de 2018 | [qaoffice@acgov.org](mailto:qaoffice@acgov.org) |

**DISTRIBUCIÓN**

Esta política se distribuirá entre las siguientes partes:

* Personal del BHCS
* Proveedores contratados y del condado del BHCS
* Público general

**HISTORIAL DE EMISIÓN Y REVISIÓN**

**Autor original:** Kyree Klimist, MFT, Administradora de Quality Assurance

**Fecha original de aprobación:** 3-10-2010 por Marye Thomas, M.D., Directora de

Behavioral Health

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Autor revisor** | **Motivo de revisión** | **Fecha de aprobación por**  **(Nombre)** |
| Donna Fone, LMFT, LPCC, Administradora de Quality Assurance y  Kimberly Coady, LCSW, Médica Clínica de QA Consumer Assistance | Para actualizar la política | 12/5/2016 por Karyn Tribble, PsyD, LCSW, Directora Interina del BHCS |
| Donna Fone, LMFT, LPCC, Administradora de Quality Assurance y  David Woodland, LPCC, Médico Clínico de QA Consumer Assistance | Para actualizar la política conforme al Aviso de información 18-010 | 5/21/2018 por Carol Burton, Directora Interina del BHCS |

**DEFINICIONES**

|  |  |
| --- | --- |
| **Término** | **Definición** |
| **Beneficio rechazado** | Una Determinación adversa sobre un beneficio es cualquiera |
| **Determinación** | de las medidas tomadas por el BHCS o un proveedor contratado por BHCS con respecto a servicios de  Medi-Cal: |
|  | 1. El rechazo o la autorización limitada de un servicio requerida, que incluye las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, la necesidad médica, la pertinencia, la configuración o la eficacia de un beneficio cubierto. |
|  | 1. La reducción, suspensión o finalización de un servicio previamente autorizado. |
|  | 1. El rechazo, total o parcial, del pago de un servicio. |
|  | 1. La falta de prestación de servicios a tiempo. |
|  | 1. La falta de acción dentro de los plazos requeridos para resoluciones estándares de quejas y apelaciones. |
|  | 1. El rechazo de una solicitud de un beneficiario para disputar una responsabilidad financiera. |
| **Ayuda pagada pendiente** | La “Ayuda pagada pendiente” está vinculada a las Audiencias del estado para servicios de Medi-Cal y se refiere a la continuidad de un servicio de un beneficiario que tiene pendiente un fallo en una Audiencia del estado. |
| **Apelación** | Una apelación es una revisión de una Determinación adversa sobre un beneficio y solo rige para los servicios de Medi-Cal. |
| **Salud del comportamiento** | El término “Salud del comportamiento” es inclusivo tanto para la salud mental como para los trastornos por abuso de sustancias (servicios, tratamiento, programas, etc.). |
| **Consumidor** | Cualquier persona que actualmente recibe atención o servicios del BHCS, o que ha recibido atención o servicios del BHCS en los últimos 12 meses. El término “consumidor” también es sinónimo de “beneficiario”, “paciente” o “cliente”. |
| **Queja** | Una expresión de disconformidad por algún asunto distinto de una Determinación adversa sobre el beneficio, que se describe en el proceso de apelación de Medi-Cal. Las quejas pueden incluir, entre otras cuestiones, la calidad de la atención de los servicios prestados, aspectos de relaciones interpersonales, como descortesía de un proveedor o empleado, falta de respeto de los derechos del beneficiario, independientemente de si se solicita una medida correctiva, y el derecho del beneficiario de cuestionar una extensión del tiempo propuesta por el plan Behavioral Health Plan para tomar una decisión sobre una autorización.  No existe distinción entre queja informal y formal. Un reclamo es igual a una queja formal. Se considerará que un reclamo es una queja, a menos que reúna los requisitos de la definición de “Determinación adversa sobre un beneficio”. |
| **Medi-Cal** | El nombre del programa de Medicaid de California que brinda cobertura de la salud a personas de bajos ingresos, adultos mayores y personas con discapacidad y aquellos con niveles de activos que cumplen ciertos requisitos de elegibilidad. |
| **Proveedor** | La agencia o programa que presta servicios al beneficiario. |
| **Audiencia del estado** | Los beneficiarios de Medi-Cal tienen derecho a una Audiencia del estado, |
| (vigente solo para | para que los escuche un juez, llevada a cabo por el estado de California, si |
| servicios de Medi-Cal) | hubieran agotado todo el proceso de apelación del BHCS antes de solicitar una Audiencia del estado y hubieran recibido un aviso de que |
|  | el BHCS niega la apelación de forma parcial o total. El BHCS debe acatar cualquier decisión a la que llegue |
|  | una Audiencia del estado. |
| **Idioma hablado por una cantidad mínima de personas en la zona** | Un idioma que ha sido identificado como idioma principal, según lo indica el |
|  | sistema Medi-Cal Eligibility Data System (MEDS), de 3000 beneficiarios o el cinco (5) por ciento de los beneficiarios, lo que sea más bajo, en una determinada área geográfica. |

Adjuntos:

* Manual de procedimiento del sistema de quejas y apelaciones