

PROCESO DE QUEJAS Y APELACIONES



Si tiene una inquietud, un problema o no está satisfecho con sus servicios de salud conductual, el Plan de Salud Conductual (BHP) quiere asegurarse de que sus inquietudes se resuelvan de forma rápida y simple. Usted o su representante puede entablar una Queja o Apelación con la oficina de Asistencia al consumidor llamando al 1(800) 779-0787. También puede preguntar a su proveedor si ellos tienen un proceso de resolución de quejas. **Utilice por favor el formulario de solicitud de quejas o apelaciones para entablar una queja o solicitar una apelación.** Tenga presente que las apelaciones solo se pueden entablar con la oficina de Asistencia al consumidor y no con su proveedor. **Usted no estará sujeto a ningún tipo de discriminación o sanción por entablar una queja o apelación.**

Una **Queja** se define como una expresión de insatisfacción acerca de cualquier cuestión relacionada con sus servicios de salud conductual que no sea uno de los problemas cubiertos bajo los procesos de Apelación y las Audiencias Estatales Justas descritas a continuación. A continuación se incluyen ejemplos de quejas: la calidad de los servicios proporcionados, aspectos de las relaciones interpersonales - como por ejemplo la rudeza de un empleado, etc.

Pasos para entablar una queja:

- Entablar una queja por escrito u oralmente. A las quejas orales no tiene que darle seguimiento por escrito. Usted puede autorizar a otra persona a que actúe en su nombre.
- Usted puede entablar una queja en cualquier momento.
- Usted recibirá una acusación de recibo escrito de su Queja con matasellos dentro de los siguientes 5 días a la recepción de su Queja.
- El BHP tiene 90 días naturales después de la recepción de su Queja para revisarla y notificarle a usted o a su representante por escrito sobre la decisión. Si la resolución de su queja no se logra dentro de 90 días naturales entonces se le proporcionará una notificación puntual oral y/o escrita de sus derechos e información específica sobre su queja.
- Los plazos se pueden ampliar por hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el BHP cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio, si este es el caso, entonces recibirá un aviso oral o escrito por parte de BHP.

En dónde entablar su queja

Con el Departamentos de Salud Conductual del Condado de Alameda

Por teléfono: Asistencia al consumidor 1-800-779-0787

Para recibir asistencia con problemas auditivos del habla, llamar al 711,
Servicio de Retransmisión de California

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

En persona: Visitando el departamento de Asistencia al Consumidor en la Asociación de Salud Mental, 954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Con su proveedor: Puede que su proveedor resuelva la queja de forma interna o bien la mande con ACBH a la información proporcionada arriba. Usted puede obtener formularios y asistencia de su proveedor.

Una **Apelación** es una revisión por el BHP sobre una determinación desfavorable de un beneficio (ABD). Una **determinación desfavorable de un beneficio** se define y significa cualquiera de las siguientes acciones tomadas por BHP o por un proveedor contratado por BHP en relación a los servicios de atención de salud conductual Medi-Cal: 1) La negación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas determinaciones con base en el tipo o nivel de servicio, necesidad médica, idoneidad, entorno, o efectividad de un beneficio cubierto; 2) La reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado; 3) La negación, total o parcial, de pago por un servicio; 4) La falta de proporcionar servicios oportunamente; 5) La falta de actuación dentro de los plazos requeridos para la resolución estándar de quejas y apelaciones; o 6) La negación de la petición de un beneficiario para disputar una responsabilidad económica. La decisión elaborada por el BHP acerca de sus servicios de salud conductual se puede describir en una carta de **Notificación de Determinación Desfavorable de Beneficios (NOABD)** que se le envía o entrega personalmente a usted. **Pasos para entablar una apelación:**

- Solo los beneficiarios de Medi-Cal pueden entablar una Apelación acelerada o estándar con ACBH en relación a NOABD para un servicio de salud conductual Medi-Cal.
- Entablar una apelación en persona, por teléfono o por escrito dentro de 60 días a partir de la fecha de una NOABD. Si usted entabla una Apelación oralmente, entonces debe darle seguimiento con una apelación escrita firmada. Si usted no recibe una NOABD entonces no existe una fecha límite para entablarla, usted puede entablarla en cualquier momento. Usted puede autorizar a otra persona a que actúe en su nombre.
- De ser solicitado, sus beneficios continuarán mientras su apelación se resuelve SI usted entabla la apelación dentro de 10 días naturales a partir de la fecha en que la NOABD se le envió por correo o se le entregó a usted.
- Usted recibirá una acuso de recibo escrito de recepción de su Apelación con matasellos dentro de los siguientes 5 días naturales a la recepción de su Apelación.

- El BHP tiene 30 días después de la recepción de su Apelación para revisarla y notificarle a usted o a su representante por escrito sobre la decisión. Durante este tiempo usted puede proporcionar documentos de apoyo escritos o verbales, incluyendo la presentación de evidencias, testimonios y argumentos legales y de hecho.
- Los plazos se pueden ampliar por hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el BHP cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio, si este es el caso, entonces recibirá un aviso oral o escrito por parte de BHP.
- Las apelaciones no están disponibles para beneficiarios que no están satisfechos con los resultados de una queja.

Se puede solicitar una **Apelación acelerada** si usted piensa que la espera de 30 días podría poner en peligro gravemente su salud mental o su condición del trastorno por uso de sustancias y/o su habilidad para lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento. Si el BHP reconoce que su apelación cumple con los requisitos para una apelación acelerada, el BHP la resolverá dentro de 72 horas después de recibir la apelación acelerada. **Pasos para entablar una apelación acelerada:**

- Entablar una apelación acelerada en persona, por teléfono o por escrito dentro de 60 días a partir de la fecha de una Notificación de Determinación Desfavorable de Beneficios (NOABD). Las solicitudes verbales y en persona para apelaciones aceleradas no tienen que poner por escrito. Usted puede autorizar a otra persona a que actúe en su nombre.
- De ser solicitado, sus beneficios continuarán mientras su apelación acelerada se resuelve SI usted entabla la apelación dentro de 10 días naturales a partir de la fecha en que la NOABD se le envió por correo o se le entregó a usted.
- El BHP tiene 72 horas después del acuso de recibo de su apelación acelerada para revisarla y notificarle a usted o a su representante en un Aviso de Resolución de Apelación (NAR) por escrito, también se le puede notificar verbalmente. Durante este tiempo usted puede proporcionar documentos de apoyo escritos o verbales, incluyendo la presentación de evidencias, testimonios y argumentos legales y de hecho.
- Los plazos se pueden ampliar por hasta 14 días naturales si usted solicita una extensión, o si el BHP cree que existe la necesidad de información adicional y que el retraso es para su beneficio.
- Si el BHP decide que su apelación no reúne los requisitos para una apelación acelerada, ellos le notificarán inmediatamente por escrito y verbalmente dentro de 2 días naturales. De ser así su apelación seguirá el proceso estándar de apelación.

En dónde entablar su apelación

Con ACBH del Condado de Alameda:

Por teléfono: Asistencia al consumidor 1-800-779-0787

Para recibir asistencia con problemas auditivos del habla, llamar al 711,
Servicio de Retransmisión de California

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

En persona: Visitando el departamento de Asistencia al Consumidor en la Asociación de Salud Mental, 954-60th Street, Suite 10, Oakland, CA 94608

Usted cuenta con el derecho de tener una **Audiencia Estatal Justa**, esta es una revisión independiente llevada a cabo por el Departamento de Servicios Sociales de California, si usted ha agotado el proceso de apelaciones de BHP. Se incluye una solicitud para una Audiencia Estatal Justa con cada Aviso de Resolución de Apelación (NAR); usted debe enviar la solicitud dentro de 120 días de la fecha del matasellos o el día en que el BHP le dio personalmente a usted el NAR. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa sin importar si ha recibido o no ha recibido un NOABD. Para conservar los mismos servicios mientras espera por una audiencia, debe solicitar la audiencia dentro de diez (10) días a partir de la fecha en que se envió por correo o se le dio personalmente el NAR a usted o antes de la fecha de vigencia en el cambio en servicio, lo que ocurra con mayor posterioridad. El Estado debe alcanzar su decisión dentro de 90 días naturales después de la fecha de la solicitud para las Audiencias normales y para Audiencias de urgencia dentro de 3 días de la fecha de solicitud. El BHP deberá autorizar o proporcionar los servicios disputados de inmediato dentro de 72 horas a partir de la fecha en que recibe la notificación que revoca la ABD del BHP. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa llamando al 1(800) 952-5253 o para TTY marcar 1 (800) 952-8349, en línea visite <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx> o escribiendo a: California 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, pida a su proveedor una copia de la *Guía para Servicios de Salud Mental Medi-Cal* O la *Guía de Servicios de Medicamentos Medi-Ca*. Si tiene preguntas o requiere de asistencia para llenar los formularios, puede pedírselo a su proveedor o llamar a:

Asistencia al consumidor: 1(800) 779-0787

SOLICITUD DE QUEJA o APELACIÓN

Este formulario se usa para entablar una Queja o para solicitar una Apelación. Si necesita asistencia para llenar el formulario, puede solicitar ayuda de su proveedor o bien llamar a Asistencia al consumidor llamando al (800) 779-0787. **Necesita presentarse una *Autorización de liberación de información confidencial firmada junto con este formulario.*** La solicitud para Quejas o Apelación la pueden enviar a su proveedor (MD, gerente de caso, profesional clínico, el supervisor del programa, etc.) o bien enviar directamente por correo a Asistencia al consumidor a: 2000 Embarcadero Cove, Suite 400, Oakland, CA 94606. **Llenar ambos lados de este formulario.**

Yo deseo entablar: (elegir una opción) Queja Apelación

Marcar aquí si está solicitando que su Apelación se procese a través del **Proceso acelerado de apelación** (*consultar los requisitos para una Apelación acelerada*)

Su dirección y número de teléfono son importantes. Necesitamos esta información para ponernos en contacto sobre el resultado de su Queja o Apelación. **ESCRIBIR CON LETRA DE MOLDE:**

Su nombre: _____

Su dirección: _____

Su teléfono durante el día: _____ Fecha de nacimiento: _____

¿Podemos dejar un mensaje en el número de arriba? Sí No

Proveedor actual: _____

Si se aplica a su caso, persona que lo representa: _____

Su dirección: _____

Su número de teléfono de día: _____



Responda por favor las siguientes preguntas. Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

¿Cuál es el problema?

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

¿Cuál le gustaría que fuera la solución?

Firma del consumidor (o representante del consumidor)

Fecha

Usted no estará sujeto a ningún tipo de discriminación o sanción por entablar una queja o apelación. Su confidencialidad estará protegida en todo momento en cumplimiento con las leyes estatales y federales. Usted puede solicitar una Audiencia Estatal Justa después de la culminación del Proceso de apelación.

Autorización para liberación de información confidencial

Página | 1

(Llenar ambos lados de este formulario)

Apellido del consumidor	Nombre	Segundo nombre	Fecha de nacimiento
-------------------------	--------	----------------	---------------------

Dirección física	Ciudad	Código postal	Teléfono durante el día
------------------	--------	---------------	-------------------------

Número de seguro social ***(Obligatorio)**

Yo, solicito que mi información de salud protegida (PHI) de:

Nombre del proveedor de atención de salud	Teléfono
---	----------

Dirección	Ciudad/estado	Código postal	Nº fax (si se conoce)
-----------	---------------	---------------	-----------------------

Sea divulgada a: ACBH – QA Office
Asistencia al consumidor
2000 Embarcadero Cove, Suite 400
Oakland, CA 94606

Yo autorizo que la siguiente PHI sea liberada de mi(s) expediente(s) médicos:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Expediente de la sala de emergencias | <input type="checkbox"/> Expediente de diapositivas patológicas |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de laboratorio | <input type="checkbox"/> Expedientes detallados de facturación |
| <input type="checkbox"/> Expedientes de radiología | <input type="checkbox"/> Resumen de alta |
| <input type="checkbox"/> Registro de inmunizaciones | <input type="checkbox"/> Historial y exámenes físicos, consultas |
| <input type="checkbox"/> Expediente médico completo (todas las págs.) | <input type="checkbox"/> Informe operatorio |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |



La ley estatal y federal protege la siguiente información. Se ésta información se aplica a usted, indique por favor si le gustaría que se divulgue/obtenga esta información (incluidas las fechas cuando corresponda):

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Expedientes de Salud Mental | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expedientes de psicoterapias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Pruebas de VIH y resultados | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expediente de alcohol, drogas o abuso de sustancias | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Expediente genético | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Que cubren el periodo de atención de salud desde:

Fecha(s) específicas _____ a _____ **O**

Todos los encuentros/visitas pasadas, presente y futuras

Propósito de la solicitud de información: Resolver mi queja o solicitud de apelación

Este consentimiento está sujeto a la revocación por el abajo firmante en cualquier momento con excepción de que dicha acción se haya tomado en dependencia de los sucesivo, y si no se revoca anteriormente, deberá cesar seis (6) meses a partir de la fecha del consentimiento. El firmante puede revocar esta liberación por escrito o de forma verbal informando a Asistencia del consumidor.

Firma del cliente o representante autorizado

Fecha

Nombre con letra de molde

Relación con el paciente
(si corresponde)

Está prohibida cualquier divulgación de información de expedientes médicos por parte del/de los destinatario(s) con la excepción de que se indique explícitamente en el propósito de la divulgación. PROHIBICIÓN DE OTRAS DIVULGACIONES DE LA INFORMACIÓN SUD PROTEGIDA: La sección 2 del CFR 42 prohíbe la divulgación no autorizada de estos registros.