

Solicitar una Audiencia Estatal Imparcial (AEI)

Usted puede solicitar una audiencia estatal imparcial (AEI) llamando al (800) 952-5253. Sus servicios actuales continuarán sin interrupción hasta que se haya tomado una decisión. El cliente puede solicitar una AEI sólo después de haber recibido un aviso (carta) de que se confirma la determinación adversa de Beneficios, o de que el cliente haya agotado el proceso de apelaciones. En caso de que no cumplamos con los requisitos de aviso y plazos arriba mencionados, se considerará que usted ha agotado nuestro proceso de apelaciones y podrá iniciar una AEI. Los clientes deben solicitar una AEI no más tarde de 120 días del calendario, a partir de la fecha en que hayan recibido el aviso de resolución.

Los beneficiarios de Medi-Cal pueden presentar una queja directamente al:

Department of Health Care Services

(Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud)
P.O. Box 997413
Sacramento, CA 95899-7413
O llamar a la Oficina del Oficial Mediador al:
(916) 896-4042

Los clientes sin cobertura de Medi-Cal también pueden presentar una queja llamando a la División para el Cumplimiento de los Servicios para Trastornos por Abuso de Sustancias (SUD) del Departamento de Servicios del Cuidado de la Salud al (877) 685-8333.

Visite: www.bit.ly/consumer_forms para ver una lista completa de los derechos de los individuos que reciben servicios en instalaciones para el tratamiento residencial por abuso de alcohol o drogas.

Santa Clara County Behavioral Health Services Department
Attn: Quality Assurance Program
P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159

Santa Clara County Behavioral Health Services Program
Attn: Quality Assurance Program
P.O. Box 28504, San Jose, CA 95159

Place stamp
here. Post
office will not
deliver with-
out First
Class post.

Le brindaremos ayuda razonable para completar formularios y tomar otros pasos de procedimientos relacionados con la presentación de una queja o apelación. Esto incluye, pero no se limita a, recursos y servicios bajo pedido para discapacitados, como la prestación de servicios de intérpretes, y números gratuitos con capacidad adecuada para el uso de sistemas TTY / TTD y la interpretación.

Nos aseguraremos de que los individuos que tomen las decisiones sobre quejas y apelaciones sean individuos que:

- no se hayan involucrado en ningún nivel de revisión o toma de decisiones ni hayan sido subordinados de tal persona;
- al tomar decisiones sobre asuntos relacionados con necesidades médica, una queja urgente o apelación, o un asunto clínico, sean individuos que tengan la pericia clínica apropiada, según nuestro criterio, para tratar la enfermedad o padecimiento del cliente; y que tengan en cuenta todos los comentarios, documentos, expedientes y otra información que haya entregado el cliente o su representante, independientemente de que esto se haya entregado o considerado en la determinación inicial adversa de los beneficios.

Les proporcionaremos a usted (y a su representante) el archivo de su caso, incluyendo el expediente médico, otros documentos y expedientes, y cualquier prueba nueva o adicional considerada, utilizada, o generada por nosotros o nuestros subcontratistas en relación con la apelación de la determinación adversa de beneficios. Se proporcionará esta información de manera gratuita y con suficiente antelación al período de tiempo de resolución para las apelaciones.

Sus Derechos para Quejas y Apelaciones



FORMULARIO DE QUEJA

Proceso para Quejas y Apelaciones

Nuestro proceso para atender su queja o apelación por una determinación adversa de beneficios incluye enviar un acuse de recibo de cada queja y apelación, y un aviso de resolución. No habrá represalia o discriminación por haber expresado una preocupación o haber presentado una queja. Resolveremos cada queja y apelación y le avisaremos tan rápidamente como los requiera su estado de salud dentro de los plazos enlistados abajo. Usted puede presentar una queja en cualquier momento para expresar su descontento sobre cualquier asunto excepto una determinación adversa de beneficios. La queja incluye su derecho a disputar una extensión del plazo propuesto por nosotros para tomar una decisión sobre una autorización. Usted puede compartir pruebas y testimonios, y exponer argumentos legales y fácticos en persona, por teléfono o por escrito en cualquier momento. La resolución de quejas estándar no excederá de los 90 días del calendario a partir de la fecha en que hayamos recibido la queja.

Cómo Presentar una Queja:

- Para servicios de salud mental (MHS), llame al (408) 793-5894
- Para servicios de tratamiento por abuso de sustancias (SUTS), llame al (408) 792-5666
- Complete y envíe por correo/fax este formulario o una carta
SUTS Fax# 408-947-8707
MHS Fax # 408-288-6113

Apelaciones La apelación es una revisión por parte nuestra, de una determinación adversa de beneficios. Después de recibir un aviso de una determinación adversa de beneficios, usted tiene 60 días del calendario a partir de la fecha de dicho aviso de determinación adversa de beneficios, durante los cuales usted puede solicitar una apelación. Tenemos un solo nivel de apelaciones para los clientes. Usted puede solicitar una audiencia estatal imparcial después de haber recibido un aviso de que queda confirmada la determinación adversa de beneficios. Usted puede solicitar una apelación ya sea oralmente o por escrito. Además, a menos que usted solicite una resolución acelerada, la apelación oral debe ir seguida de una apelación por escrito y firmada. Sus beneficios continuarán hasta que se resuelva la apelación. Las indagaciones que busquen **apelar** una **determinación adversa de beneficios** se tratan como **apelaciones** (a fin de establecer la fecha más temprana posible para la presentación de la apelación), y se confirmarán por escrito a menos que usted o su proveedor de salud soliciten una resolución acelerada.

La Determinación Adversa de Beneficios

Significa La negación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos para la necesidad médica, lo adecuado de ese servicio, el ámbito o eficacia de un beneficio cubierto. Nosotros reducimos, suspendemos, o cancelamos cualquier servicio previamente autorizado. La negación, en su totalidad o en parte, del pago de un servicio. El incumplimiento de proveer servicios a tiempo. El incumplimiento de plazos con relación a la resolución estándar de quejas y apelaciones. Para un habitante de la zona rural, la negación a la solicitud de un inscrito para ejercer su derecho de obtener servicios fuera de su red de atención médica. La negación de la solicitud de un cliente para disputar una responsabilidad financiera, incluyendo costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coaseguros y responsabilidades financieras de otro cliente.

Apelaciones Aceleradas La resolución de apelaciones estándar no excederá los 30 días del calendario a partir de la fecha en que hayamos recibido la apelación: a menos que se le otorgue a usted una extensión de 14 días de acuerdo con su solicitud. Determinamos si hay necesidad de información adicional, o si la demora es en su propio beneficio.

Resolución de apelaciones acelerada.

72 horas después de que hayamos recibido la **apelación**. Este plazo puede extenderse sólo hasta 14 días del calendario si usted solicita la extensión; o si mostramos (con base en los estándares estatales) que hay una necesidad de información adicional y cómo la demora es en su propio beneficio. Si se extiende el plazo, nosotros haremos esfuerzos razonables por rápidamente **avisarle** de palabra sobre la demora y, dentro de 2 días del calendario, le haremos llegar un **aviso** por escrito sobre la razón de la decisión de extender el plazo y le informaremos de su derecho a presentar una **queja** si usted no está de acuerdo con la decisión. Resolveremos **apelaciones** tan rápido como lo requiera el estado de salud del paciente y antes de la fecha de vencimiento de la extensión.

Resolución Acelerada de Apelaciones.

Cuando determinamos (a petición del inscrito) o si un **proveedor de salud** indica (al solicitar en su nombre o apoyar su solicitud) que tomar el tiempo para una resolución estándar podría poner gravemente en peligro su vida, salud física o mental, o habilidad de lograr, mantener o recuperar el máximo de sus funciones, hay que acelerar el trámite de queja y/o apelación. Si negamos la solicitud de una resolución acelerada de una **apelación**, debemos transferir la queja y/o **apelación** al plazo de resolución estándar (como se ha señalado anteriormente).

TIPO DE SOLICITUD (marque uno)

Queja	<input type="checkbox"/>	Apelación	<input type="checkbox"/>
Queja Acelerada	<input type="checkbox"/>	Apelación Acelerada	<input type="checkbox"/>

Nombre de Cliente

Fecha de Nacimiento

Domicilio

Ciudad/Estado/Código Postal

Teléfono

Programa/Empleados del Personal

Describa el problema o la preocupación:

Detach, fold, seal and return this

Firma

Fecha