

**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.

**[www.rcdmh.org](http://www.rcdmh.org)**

**Programa del Mejoramiento de Calidad  
P.O. Box 7549  
Riverside, CA 92513**

## **PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE**

### **PROCEDIMIENTO/SOLICITUD DE APELACIÓN/QUEJA FORMAL**

**Director, Steve Steinberg**



**Riverside  
University  
HEALTH SYSTEM**  
Behavioral Health

**Septiembre, 2017  
(Revisado)**

## **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.**

**Quality Improvement Coordinator**

By: \_\_\_\_\_ Forward to: \_\_\_\_\_

**P.O. Box 7549**

Date: \_\_\_\_\_

**Riverside, CA 92513**

Date Consumer Notified: \_\_\_\_\_

**1-800-660-3570**

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: \_\_\_\_\_



**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:

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

3. Limitada a la siguiente información especificada: \_\_\_\_\_
4. 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.**