

Para obtener información del estado de una apelación pendiente, llame al coordinador del mejoramiento de calidad al (800) 660-8570.

Audiencias Estatales Imparciales

Los consumidores de Medi-Cal puede dirigir cualquier preocupación en cualquier Audiencia Estatal Imparcial. Si usted entabla una audiencia dentro de diez (10) días de haber recibido un Aviso de Acción que sus servicios de salud mental están negándose, reduciéndose, o cancelándose, 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 Aviso de Acción negar, reducir, o cancelar los servicios. Además, puede solicitar una Audiencia Estatal Imparcial llamando al Departamento Estatal de Servicios Sociales al (800) 952-5253.

www.rcdmh.org

PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE

PROCESO DE APELACIÓN/ QUERRELLA FORMULARIO

Director, Jerry Wengerd



JUNTA DE SUPERVISORES:

Distrito I	Kevin Jeffries
Distrito II	John Tavaglione
Distrito III	Jeff Stone
Distrito IV	John J. Benoit
Distrito V	Marion Ashley

**Noviembre 2012
(Revisado)**

DEPARTAMENTO DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE PROCESO DE APELACIÓN

El consumidor y/o el representante del consumidor pueden entablar una apelación o una querella, 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 RCDMH. Una acción se define como la modificación o negación de un servicio solicitado por un consumidor y/o una reducción, suspensión, o terminación de un servicio, suspensión, o terminación de un servicio que previamente fue autorizado.

Una **querella** se define como una expresión de descontento acerca de los servicios que se recibieron de parte del Plan de Salud Mental. Ejemplos de una querella 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.

Adjunto, se encuentra el Formulario de Apelación/Querella para el consumidor y/o el representante del consumidor con el propósito de usarlo para

entablar una apelación o querella 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/Querella 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 otro castigo por entablar un Apelación o Querella.

En una Apelación favor de indicar si el consumidor se encuentra en un programa residencial de tratamiento pagado por Medi-cal. Debe marcar el cuadrado que indica Apelaciones cuando la apelación usual pueda poner en serio peligro la vida, salud, o la habilidad de obtener, mantener, o recobrar el funcionamiento máximo.

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

Quality Improvement Coordinator
P.O. Box 7549
Riverside, CA 92513
1-800-660-3570

By: _____ Forward to: _____
Date: _____
Date Consumer Notified: _____
Outcome: _____

SOLICITUD DE APELACIÓN/QUERELLA

Este formulario se usa para entablar una apelación. Si requiere asistencia llenando 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 med.clínico, al Supervisor del Programa, o mándela directamente al Programa del Mejoramiento de Calidad al domicilio escrito arriba.

Deseo archivar: **Apelación** **Querella**

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE

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

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.
- Marque aquí si esta pidiendo que su solicitud de apelación sea procesada por el Proceso de Apelación expedito.**

Prestador 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 penalidad por entablar esta apelación. En todo momento su confidencialidad será protegida, 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 Cliente	Primer Nombre	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento
----------------------	---------------	----------------	---------------------

Domicilio Teléfono	Ciudad	Zona Postal	Número de
-----------------------	--------	-------------	-----------

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 periodo 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.