

**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.

#### **PROGRAMA DEL MEJORAMIENTO DE CALIDAD**

P.O. BOX 7549  
RIVERSIDE, CA 92513



[RUHEALTH.ORG](http://RUHEALTH.ORG)

*Este documento esta disponible en formatos alternativos previa solicitud. Si necesita una adaptación razonable, comuníquese con Riverside University Health System-Behavioral Health al 951-358-4500.*

*Rev. 6.18.26*



PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO DE RIVERSIDE

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



## **SISTEMA DE SALUD INTEGRAL DE RIVERSIDE — SALUD MENTAL Y BIENESTAR APELACIÓN Y QUEJA FORMAL**

Un miembro y/o el representante de un miembro pueden entablar una apelación o una queja formal, oral o por escrito, ante el Programa de Mejora de la Calidad. Si lo desean, pueden solicitar ayuda a su proveedor de servicios o al equipo C.A.R.E.S.

Una **Apelación** es una petición para que se revise una determinación adversa sobre prestaciones, que se define como la denegación o la autorización limitada de un servicio solicitado, incluidas las reducciones, suspensiones o cancelaciones de servicios previamente autorizados. El proceso de apelación permite a los beneficiarios impugnar las decisiones sobre la cobertura, especialmente en lo que respecta a la necesidad médica o la idoneidad.

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, la discriminación o los retrasos en la atención, a diferencia de los recursos, que impugnan las denegaciones de prestaciones.

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. La confirmación de la recepción de una queja formal se realizará en un plazo de 5 días naturales a partir de la fecha de presentación, y el plazo para su resolución será de 30 días naturales. Las apelaciones se resolverán en función del estado de salud del afiliado, respetando un plazo estándar de 30 días a partir de la recepción de la apelación.

El formulario de Apelación pueden ser presentadas por un afiliado, o por un proveedor y/o un representante autorizado, ya sea verbalmente o por escrito. Queja Forma presentadas por el proveedor en nombre del afiliado requieren el consentimiento por escrito de este último.

Si necesita ayuda para rellenar el formulario, puede solicitarla a su proveedor o llamando al Quality Improvement Program al 800-660-3570, a la Oficina de Derechos de los Pacientes al 800-350-0519 o, si llama desde la zona, al 951-358-4600.

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.**

**Plan de Salud Mental del Condado de  
Riverside  
Quality Improvement Coordinator  
P.O. Box 7549  
Riverside, CA 92513  
1-800-660-3570**

**Solo para el uso de la oficina:**  
**By:** \_\_\_\_\_ **Forward to:** \_\_\_\_\_  
**Date:** \_\_\_\_\_  
**Date member notified:** \_\_\_\_\_  
**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: \_\_\_\_\_

### **¿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 represalia por entablar esta apelación. Su confidencialidad será protegida en todo momento, 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 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:

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

- Limitada a la siguiente información especificada: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 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.**