

Clientes pueden entregar una Apelación Estándar por escrito u oralmente. **Una Apelación Estándar Oral debe ser seguida por una Apelación escrita y firmada.** Apelación estándar toma 30 días de resolución. Esta forma puede ser utilizada para entregar una apelación escrita. Clientes pueden solicitar una **Apelación Apresurada** si el proceso de Apelación Estándar puede poner en riesgo su vida, salud, o habilidad de recuperar función máxima. Apelación apresurada se resuelve dentro de un plazo de 72 horas. **Por favor marque la caja “Apelación Apresurada” al reverso si es aplicable.**

Clientes pueden autorizar a un representante para que actúe en su nombre cuando y si así lo desea y tendrán la oportunidad de presentar evidencia, testimonio y hacer argumentos legales y factuales, en persona o por escrito durante el proceso de 72 horas de resolución para apelación apresurada o 30 días para apelación estándar. Una extensión de 14 días se puede ser solicitada por el cliente o MHP para ambos tipos de apelación. Solicitud para extensión del MHP será para el beneficio del cliente solamente.

Clientes pueden solicitar una **Audiencia Justa del Estado** después de que el proceso de Apelación haya concluido. Para esto, contacte al **Representante de los Derechos del Cliente** al **(559) 673-3508** o **(888) 275-9779** o con el **Mediador del Estado** al **(800) 896-4042** o TTY **(800) 896-2512**, o correo electrónico [MHombudsman@dhcs.ca.gov](mailto:MHombudsman@dhcs.ca.gov). Si el MHP no resuelve la apelación dentro del plazo de tiempo indicado, se determinara que el beneficiario ha agotado el proceso de apelación y podrá iniciar la audiencia estatal.

Contacte al Coordinador de Manejo de Calidad al **(559) 673-3508**, **(888) 275-9779** o TTY **(800) 855-3000**. Favor de entregar esta forma a la recepcionista o mandarla por correo en el sobre rotulado a:

**Condado de Madera Plan de Salud Mental**  
P.O. Box 1288, Madera, CA 93639  
TTY **(800) 855-3000**  
Servicios de Relevó Marque 711  
Voz a Voz **(866) 288-4151**

## Servicios de Salud de Comportamiento Condado de Madera



### FORMA DE APELACIÓN

Beneficiarios pueden apelar una **“Determinación de Beneficios Adversa (DBA)”** por medio del Plan de Salud Mental del Condado de Madera (MHP).

Una **“Determinación de Beneficios Adversa”** es cuando MHP:

1. Niega o limita autorización de servicios solicitados, incluyendo el tipo o nivel de servicio; necesidad médica, adecuación, entorno o efectividad de beneficios cubiertos;
2. Reduce, suspende, o pone fin a servicios previamente autorizados;
3. Niega, por completo o en parte, pago por servicio.
4. Falla en proporcionar servicios de una manera oportuna;
5. Falla en actuar dentro de lapso requerido para resolución estándar de queja o apelación; o
6. Niega la solicitud para disputar responsabilidad financiera del cliente.

La **Apelación** debe ser entregada al Coordinador de Manejo de Calidad a más tardar 60 días después de la Determinación de Beneficios Adversa. Se le proporcionará confirmación del recibimiento de apelación dentro de un plazo de 5 días de calendario.

Por favor pregunte a la recepcionista sobre su **derecho** a servicios gratuitos de **asistencia en su idioma** y formatos alternativos de este panfleto. Si tiene **limitaciones físicas**, le ayudaremos a encontrar servicios disponibles, apropiados y accesibles.

SERVICIOS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO DEL CONDADO DE MADERA  
FORMA DE APELACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_  APELACIÓN APRESURADA

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_ Fecha de Nac.: \_\_\_\_\_

Nombre del Guardián Legal si es por parte de un Menor: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

|           |                      |                   |
|-----------|----------------------|-------------------|
| Domicilio | Ciudad/Código Postal | Número Telefónico |
|-----------|----------------------|-------------------|

Por favor describa la razón por la cual solicita una Apelación (Incluya la "DBA" que usted recibió, si es posible)

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Si está solicitando la revisión Apresurada de esta Apelación, por favor explique la(s) razón(es):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Qué le gustaría que pasara para resolver esta Apelación? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Entiendo que el personal de Manejo de Calidad está autorizado a ponerse en contacto con cualquier proveedor o individuo involucrado para resolver mi apelación. El Manejo de Cuidado también está autorizado para compartir parte y/o toda información necesaria para resolver y evaluar esta Apelación.

\_\_\_\_\_  
Firma/Fecha

|                             |
|-----------------------------|
| ~~FOR COUNTY USE ONLY~~     |
| Resolución of Appeal: _____ |
| _____                       |
| _____<br>Signature / Date   |