

Quejas

Le animamos a hablar sobre cualquier asunto sobre sus servicios de salud mental directamente con su proveedor de salud mental o el supervisor. Si no puede resolver algún asunto relacionado con cualquier aspecto de servicio, usted puede presentar una queja verbal al llamar al Coordinador de Manejo de Calidad al número indicado abajo, o al llenar un formulario. Los formularios están disponibles en el área de recepción de todas nuestras oficinas y las oficinas de todo proveedor o al llamar al Plan de Salud Mental (MHP) al **(559) 673-3508**, línea gratuita **(888) 275-9779** TTY **(800) 855-3000** o en nuestra página web en, <http://madera-county.com/index.php/client-rights-and-information>

Los siguientes servicios también están a su disposición para asistirle en la resolución de quejas:

Coordinador de Manejo de Calidad

(559) 673-3508
(888) 275-9779 (línea gratuita)

Representante de Derechos del Cliente

(559) 673-3508
(888) 275-9779 (línea gratuita)

Mediador Estatal

(800) 896-4042 (línea gratuita)
TTY (800) 896-2512
Correo Electrónico: MHombudsman@dhcs.ca.gov

Puede asignar a alguien más para que actúe en su nombre en cualquier momento.

SOLICITUD PARA UNA SEGUNDA OPINIÓN

SERVICIOS DE SALUD DE COMPORTAMIENTO
CONDADO DE MADERA



Regrese el formulario a:
Madera County Behavioral Health Services
Mental Health Plan
P.O. Box 1288
Madera, CA 93639

Servicios de Relevo – Marque 711
Voz a voz Inglés – (866) 288-1909
Voz a voz Español – (866) 288-4151
TTY (800) 855-3000

Por favor pregunte a 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 CONDADO DE MADERA
SOLICITUD PARA UNA SEGUNDA OPINIÓN

Como beneficiario de Medi-Cal, usted tiene el derecho a presentar al Plan de Salud Mental (MHP) una solicitud para hacer arreglos para una segunda opinión sobre su condición de salud mental cuando el MHP o su proveedor de red ha determinado que usted no califica para servicios especializados de salud mental debido a que no reúne los criterios necesarios para la determinación de necesidad médica. De acuerdo con requisitos estatales, MHP proporcionará una segunda opinión por un terapeuta de salud mental autorizado "registrado/exento" de la red de proveedores, o hará arreglos para que usted obtenga una segunda opinión fuera de la red, sin costo alguno a usted.

Criterio adicional considerado para una segunda opinión incluyen:

- Asuntos clínicos y terapéuticos
- Preocupación sobre nivel de cuidado del beneficiario o guardián legal
- Medicamento

Usted puede solicitar una segunda opinión por teléfono, en persona o al presentar este formulario. Tenemos sobres rotulados disponibles en todas nuestras localidades proporcionando servicios especializados de salud mental, para su conveniencia. Usted puede contactar al Coordinador de Manejo de Calidad al llamar al **(559) 673-3508** o **(888) 275-9779** (línea gratuita).

Si necesita ayuda con este formulario, usted puede contactar al Representante de Derechos del Cliente al **(559) 673-3508** o **(888) 275-9779** (línea gratuita).

Aviso: El beneficiario no será discriminado o penalizado de ninguna otra manera por buscar una segunda opinión.

FECHA: _____

PARA: Mental Health Managed Care Program

DE: _____
(Nombre del Cliente - Imprima)

(Padre o Guardián si la solicitud es para un niño o joven)

Domicilio

RE: Estoy solicitando una segunda opinión para mis necesidades de salud mental y elegibilidad para servicios especializados de salud mental

¿Recibió Notificación de Determinación de Beneficios Adversa sobre este tema? *Sí o No*

¿Podemos mandarle correo a este domicilio? *Sí o No*

¿Número Telefónico? (Por favor indique la mejor hora para llamar): _____

¿Podemos llamarle a este número telefónico? *Sí o No*

¿Podemos dejarle mensajes en este número telefónico? *Sí o No*

Para procesar esta solicitud, entiendo que se podría compartir con el proveedor y otro personal relevante.

Firma: _____