



# 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 sesenta (60) días después de la Determinación de Beneficios Adversa.

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.

**por una Apelación escrita y firmada.** Esta forma puede ser utilizada para entregar una apelación escrita.

Cientes pueden solicitar una **Apelación Apresurada** si el proceso de Apelación Estándar puede poner en riesgo su vida, salud, o habilidad de recuperar función máxima.

Cientes pueden autorizar a un representante para que actúe en su nombre si así lo desea.

Cientes pueden solicitar una **Audiencia Justa del Estado** después de que el proceso de Apelación haya concluido. Para esto, contacte al con el **Representante de los Derechos del Cliente** al (559) 673-3508, ext. 1311 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)

Puede ponerse en contacto con el 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:

Departamento de Salud de Comportamiento  
Condado de Madera  
Plan de Salud Mental  
P.O. Box 1288  
Madera, CA 93639

TTY (800) 855-3000  
Servicios de Relevo Marque 711  
Voz a Voz (866) 288-4151

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

Nombre del Cliente: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

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~~	
Resolution of Appeal:	<hr/>
	<hr/>
	<hr/> Signature / Date