

Proceso de Queja y Apelación

Queremos saber si está insatisfecho con la calidad de su atención o si le preocupa que se le denieguen, reduzcan, retrasen o denieguen sus servicios. Existe un proceso para examinar su queja. Queremos trabajar con usted para resolverla.

Puede pedir a un amigo, a un pariente o a cualquier persona que usted elija que actúe como representante autorizado en su nombre.

Reclamación

Puede presentar una queja siempre que no esté satisfecho con los servicios prestados por los Servicios de Salud Mental. Hay varias maneras de presentar una queja:

- Puede utilizar un Formulario de Reclamación/Apelación y un sobre con su dirección que tiene a su disposición en este lugar o en línea en www.ochealthinfo.com/dmc-ods.
- Puede llamar al **(866) 308-3074** o al **TDD (866) 308-3073** y hablar con una persona que acepte y presente su queja.
- Puede decirle al proveedor de tratamiento (ya sea el personal o el representante del centro) que desea presentar una queja, y ellos completarán un Formulario de Queja/Apelación con usted y lo presentarán por usted.

Recurso de Apelación

Si usted es miembro de Medi-Cal, algunos servicios deben ser preautorizados por su plan de salud antes de que los reciba. Cuando su proveedor de salud mental considera que usted necesita servicios continuos, pero el plan de salud le niega, reduce, retrasa o cancela cualquiera de sus servicios preautorizados, usted puede solicitar una revisión de esta acción. Este proceso se denomina apelación. Si se le deniegan los servicios porque el plan de salud determina que los servicios no son médicaamente necesarios, puede solicitar una revisión de esta acción. Este proceso también se denomina apelación. Hay tres maneras de presentar una apelación.

Puede solicitar una apelación acelerada, que debe decidirse en un plazo de 72 horas, si cree que un retraso podría causar graves problemas con su salud conductual, incluyendo problemas con su capacidad para ganar, mantener o recuperar funciones vitales importantes.

- Puede utilizar un Formulario de Reclamación/Apelación y un sobre con su dirección que tiene a su disposición en este lugar o en línea en www.ochealthinfo.com/dmc-ods.
- Puede llamar al **(866) 308-3074** o al **TDD (866) 308-3073** y hablar con una persona que acepte y presente su apelación.
 - Puede decirle al proveedor de tratamiento (ya sea el personal o el representante del centro) que desea presentar una apelación, y ellos completarán un Formulario de Queja/Apelación con usted y lo presentarán por usted.

Audiencia Estatal Justa

Si usted es miembro de Medi-Cal y el plan de salud le niega, reduce, retrasa o cancela cualquiera de sus servicios preautorizados, puede solicitar una Audiencia Estatal Justa después de haber agotado el Proceso de Apelación, descrito anteriormente. Hay dos maneras de iniciar este proceso:

- Rellene el Formulario de Solicitud de Audiencia Imparcial del Estado, disponible en línea en el sitio web del Estado <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>.
- Si ha recibido un Formulario de Notificación de Determinación Adversa de Beneficios, encontrará el formulario de Solicitud de Audiencia Estatal Justa en el reverso.
- Puede llamar al estado de California directamente al (800) 952-5253 or TTD (800) 952-8349.

Si tiene una preocupación, hable con el Jefe de Servicio o el Director de Programa para determinar si el problema puede resolverse. Si prefiere presentar su preocupación como una queja formal, puede presentarla en uno de los formularios de este lugar, o puede ponerse en contacto con el Representante de Proveedores del lugar

El representante de este programa es:

F346-794 (7/18)

El número de teléfono es: