Proceso de Quejas y Apelaciones

Usted tiene derecho a presentar una queja formal sobre cualquier aspecto de su tratamiento en una clínica o por parte de un proveedor de Medi-Cal bajo el modelo de "pago por servicio" (psiquiatra privado, psicólogo, LCSW o LMFT) También tiene derecho a apelar una "determinación adversa sobre beneficios" tomada por el Plan de Salud Conductual del Condado y Sistema de Entrega Organizada de Medicamentos de Medi-Cal (Vea a continuación la definición de "determinación adversa sobre servicios").

Usted, su proveedor o su representante autorizado pueden presentar una queja o una apelación. Si un proveedor o un representante autorizado presenta una queja o una apelación en su nombre, es posible que se requiera su autorización. El proveedor que presente una apelación en nombre de un afiliado debe obtener el consentimiento por escrito del beneficiario.

Como presentar una queja o una apelación:

El beneficiario, un proveedor o un representante autorizado pueden presentar una queja o una apelación de forma verbal o por escrito

Para presenter una queja o apelación:

- Complete un formulario de quejas disponible en cualquier clínica o con el proveedor de servicios bajo la modalidad de pago por servicio
- Llame al: 1-844-360-8250;
- Envie una queja por escrito a:
  Kern Behavioral Health & Recovery Services Office
  of Patients' Rights
  P.O. Box 1000
  Bakersfield, CA 93302-1000

Queja

Una queja es una expresión de insatisfacción sobre cualquier asunto relacionado con sus servicios que no constituya una determinación adversa sobre beneficios.

- Puede presentar una queja en cualquier momento.
- El beneficiario, un proveedor o un representante pueden presentar una queja de forma oral o por escrito.

- Si un representante o proveedor autorizado presenta una queja en su nombre, se requiere documentación que autorice puede ser necesaria representación
- Recibirá una confirmación por escrito de su queja en un plazo de 5 días naturales a partir de su recepción.
- El Plan resolverá su queja en un plazo de 30 días naturales a partir de su recepción.

Apelar

Una apleación es una solicitued de revisión de una determinación adversa sobre beneficios.

Una "Determinación Adversa sobre Beneficios" incluye, otras cosas:

- Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo de nivel o servicio, la necesidad médica, adecuación, el entorno o la eficacia de un beneficio cubierto;
- Reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado:
- Denegación, total o parcial, del pago por un servicio
- No prestar los servicios de manera oportuna, según lo determine el Plan"
- Incumplimiento de los plazos requeridos para la resolución estándar de quejas y apelaciones: o
- Denegación de la solicitud de un beneficiario para impugnar la responsabilidad financiera

Puede presentar una apelación dentro de los 60 días hábiles siguientes a la fecha de la Notificación de Determinación Adversa sobre Beneficios.

El beneficiario, un proveedor o un representante autorizado pueden presentar una apelación de forma verbal o por escrito. Un proveedor que presente una apelación en nombre de un beneficiario debe obtener el consentimiento por escrito de este.

Recibirá una confirmación por escrito de su apelación en un plazo de 5 días hábiles a partir de su recepción.

Apelaciones Estándar:

Las reclamaciones ordinarias se resolverán en un plazo de 30 días hábiles a partir de su recepción.

Apelaciones Aceleradas:

Se puede solicitar una apelación acelerada si el beneficiario, o el proveedor del beneficiario, certifica que esperar la resolución de una apelación estándar podría poner en grave peligro su vida, salud física, salud mental o trastorno por consumo de sustancias, y/o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo nivel de funcionalidad.

Las Apelaciones Aceleradas se resolverán en un plazo máximo de 72 horas a partir de la fecha y hora de su recepción, salvo que la ley permita una prórroga.

Derechos a una audiencia imparcial estatal

Tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal si:

- No está de acuerdo con la resolución de la apelación;
- El Plan no resuelve su apelación dentro de los plazos requeridos; o
- Se cumplen otras condiciones establecidas por la legislación estatal o federal.

La solicitud de una audiencia estatal debe presentarse dentro de los 120 días naturales siguientes a la fecha de la Notificación de Resolución de la Apelación.

Tenga en cuenta: Se debe agotar el sistema de quejas y apelaciones del condado antes de solicitar una audiencia imparcial a nivel estatal. El objetivo es resolver los problemas de la manera más rápida, eficiente y eficaz posible. Para obtener ayuda con la presentación de una queja, una apelación o una solicitud de audiencia imparcial ante el estado, comuníquese al 1-844-360-8250.

Derechos de los Beneficiarios a presentar quejas y apelaciones

- Ser tratado con dignidad y respeto.
- Presentar una queja o una apelación, ya sea verbalmente of por escrito, en el idioma principal de preferencia.
- A solicitar Asistencia con el proceso de quejas y apelaciones.
- A autorizar a otra persona a actuar en su nombre.
- A identificar a un miembro del personal u otra persona para ayudar con el proceso de queja o apelación.
- A identificar a un miembro del personal u otra persona para proporcionar información sobre el estado del proceso de quejas.
- A no ser objeto de discriminación ni de ninguna otra sanción por presentar una queja o una apelación.
- A seguir recibiendo servicios mientras hay una apelación pendiente