NO POSTAGE
NECESSARY
IF MAILED
IN THE
UNITED STATES

CONFIDENTIAL

BUSINESS REPLY MAIL
FIRST- CLASS MAIL PERMIT NO. 61 BAKERSFIELD, CA

POSTAGE WILL BE PAID BY ADDRESSEE

Kern Behavioral Health & Recovery Services
PO Box 1000
Bakersfield CA 93302-9961

Kern Behavioral Health & Recovery Services
Plan de Salud Conductual y Sistema Organizado de Prestación de Servicios de Medi-Cal para Trastornos por Uso de Sustancias.

Formulario de Apelación

Apelación: Una apelación es una solicitud para la revisión de una Determinación Adversa de Beneficios. Una "Determinación Adversa de Beneficios" incluye,, pero no se limita a:

- Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo el tipo de nivel o servicio, la necesidad médica, la idoneidad, 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;
- Falta de prestación de servicios de manera oportuna, según lo determine el Plan
- Falta de actuación dentro 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

NOTA: Presentar una apelación después de una Determinación Adversa de Beneficios no afectará de manera negativa los servicios que recibe de Kern Behavioral Health Recovery Services

Puede presentar una apelación dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios.

Una apelación puede presentarse de forma oral o por escrito por el beneficiario, un proveedor o un representante autorizado. Un proveedor que presente una apelación en nombre de un beneficiario debe obtener el consentimiento por escrito del beneficiario.

Recibirá una confirmación por escrito de la recepción de su apelación dentro de los 5 días calendario siguientes a su recepción.

Apelaciones Estándar
Las apelaciones estándar se resolverán dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción de la apelación.

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 riesgo su vida, su salud física, su salud mental o su trastorno por consumo de sustancias y/o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar el máximo nivel de funcionamiento.

Las apelaciones aceleradas se resolverán en un plazo no mayor de 72 horas a partir de la fecha y hora de recepción de la apelación acelerada.

Derechos a una audiencia imparcial estatal
Usted tiene derecho a solicitar una Audiencia Imparcial Estatal si:

- Usted 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 ley estatal o federal

La solicitud de una Audiencia Imparcial Estatal debe presentarse dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de la Notificación de Resolución de la Apelación.

Tenga en cuenta: El Sistema de Quejas y Apelaciones del Condado debe agotarse antes de solicitar una Audiencia Imparcial Estatal. Este sistema tiene como objetivo resolver los problemas de la manera más oportuna, eficiente y efectiva posible. Para obtener ayuda con la presentación de una apelación o con la solicitud de una Audiencia Imparcial Estatal, comuníquese al **1-844-360-8250.**

Kern Behavioral Health & Recovery Services

Formulario de Apelación

Por escrito: Entregue el formulario completo en cualquier clínica, al proveedor de "Pago por servicio", o envíe el formulario completo por correo a:

Kern Behavioral Health & Recovery Services
Oficina de Derechos de los Pacientes
P.O. Box 1000
Bakersfield, CA 93302-1000

Verbalmente: Llame al 1-844-360-8250; o comuníquese con el supervisor en cualquier clínica o con el proveedor de 'de "Pago por servicio"

Fecha: _____ **Beneficiary Name:**_____

Fecha de nacimiento: _____ **Origen étnic:**_____
Género_____

Idioma Preferido: _____ **Número de teléfono:** _____

Dirección: _____ **Ciudad/Estado:** _____

Código postal: _____

Utiliza un representante autorizado?☐ Sí ☐ No Si respondió "Sí", complete lo siguiente:
Nombre del representante: Teléfono del representante:
Relación con el beneficiario:

Recibió un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios?☐ Sí ☐ No
Recibió una acción definida como una de las siguientes:

- ☐ Denegación o autorización limitada de un servicio solicitado
- ☐ Reducción, suspensión o terminación de un servicio previamente autorizado
- ☐ Denegación, total o parcial, del pago de un servicio
- ☐ Incumplimiento en la prestación oportuna de los servicios, según lo determine el Plan
- ☐ Falta de actuación dentro 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.

Si la respuesta es sí, ¿qué le gustaría que ocurriera para resolver esta apelación?

_____

_____

_____

Por favor, marque la casilla correspondiente:☐ Apelación estándar ☐Apelación expedita

Firma del beneficiario(a): _____ Fecha:_____