

Condado de San Bernardino
Departamento de Salud Mental

Plan del Sistema Organizada de Entrega
de Medicamentos de Medi-cal y
Plan de Salud Mental

Proceso Queja y Apelación



Behavioral Health



Definiciones y Ejemplos

El **Aviso de Determinación Adversa de Beneficios**, a veces llamado NOABD, es un formulario que utiliza el Departamento de Salud Mental (DBH por sus siglas en inglés) para informarle cuándo el plan toma una decisión sobre si usted recibirá o no recibirá los servicios de tratamiento para los Trastornos del Uso de Sustancias (SUD por sus siglas en inglés) de Medi-Cal. También se usa un Aviso de determinación adversa de beneficios para informarle si su reclamo, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo, o si no recibió servicios dentro de los estándares de la línea de tiempo de DBH para brindar servicios.

Un **Reclamo** es una expresión de insatisfacción con respecto a cualquier cosa relacionada con los servicios de tratamiento de SUD que no sea uno de los problemas cubiertos por los procesos de apelación y audiencia imparcial del estado. Usted y / o su representante autorizado pueden presentar una queja en cualquier momento. Los ejemplos de quejas pueden ser los siguientes: insatisfacción con la calidad de la atención o los servicios prestados; insatisfacción con el servicio al cliente; falta de comunicación, etc. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros: Unidad de Acceso de DBH al (888) 743-1478.



Definiciones y Ejemplos

Una **Apelación Estándar** es una solicitud de revisión de un problema que tiene con DBH o su proveedor que involucra una denegación o cambios en los servicios que crea necesarios. Usted y / o su representante autorizado deben presentar una apelación dentro de los 60 días posteriores a la fecha que figura en el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios. No hay fechas límite para presentar una apelación cuando no recibe un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios; por lo que puede presentar este tipo de apelación en cualquier momento. Puede presentar una apelación verbalmente o por escrito. Si presenta su apelación en persona o por teléfono, también se tiene que presentar una apelación escrita y firmada. Si tiene preguntas, comuníquese con Servicios para Miembros: Acceso y Referencias al (909) 386-8256

Definiciones y Ejemplos

Una **Apelación Acelerada** es una forma más rápida de decidir una apelación. Si cree que esperar hasta 30 días para una decisión de apelación estándar pondrá en peligro su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima, usted y / o su representante autorizado pueden solicitar una resolución acelerada de una apelación. Puede hacer una solicitud verbal para una apelación acelerada, no tiene que hacer una solicitud por escrito. Si DBH acepta que su apelación cumple con los requisitos para una apelación acelerada, DBH resolverá su apelación acelerada dentro de 72 horas posteriores a la recepción de la apelación. Si su apelación no califica para una apelación acelerada, DBH le enviará una notificación verbal inmediata y le notificará por escrito dentro de 2 días. Luego, su apelación seguirá los plazos estándar de apelación. Si tiene preguntas, comuníquese con la Unidad de Acceso de DBH al (888) 743-1478.

DBH le permite autorizar a otra persona para que actúe en su nombre, incluido un proveedor. Si autoriza a otra persona para que actúe en su nombre, se le pide que firme un formulario que autoriza a DBH a divulgar información a esa persona. Si necesita ayuda para completar el formulario, puede solicitar ayuda de su proveedor o llamando a la Unidad de Acceso de DBH al (888) 743-1478.

Una **Audiencia Imparcial del Estado** es una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales de California para asegurar que reciba los servicios de tratamiento SUD en el que tiene derecho bajo el programa Medi-Cal.

Funciones y Responsabilidades

La información a continuación detalla las funciones y responsabilidades del cliente, del programa y de DBH con respecto al Proceso de Quejas y Apelaciones.

El cliente es responsable de lo siguiente:

- Comunicarse con DBH si tiene alguna pregunta sobre sus servicios o si tiene algún problema con su proveedor que no pueda resolver;
- Presentar una queja con DBH en cualquier momento si no está satisfecho con los servicios de tratamiento SUD que recibe de DBH o si tiene otra inquietud con respecto a DBH;
- Presentar una apelación dentro de 60 días a partir de la fecha en el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios;
- Presentar una apelación acelerada cuando piensa que esperar hasta 30 días por una decisión de apelación estándar pondrá en peligro su vida, salud o capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima;
- Después de presentar una apelación en persona o por teléfono, completar con una apelación por escrito firmada;
- Pedir una audiencia estatal imparcial dentro de 120 días.

Clínicas para pacientes ambulatorios y las agencias contratadas por DBH son responsables de lo siguiente:

- Mantener el Proceso / Formularios de Reclamo y Apelación, sobres con estampillas con dirección en el lobby del proveedor / clínica o área de recepción para que sean accesible;
- Recibir reclamos suyos y tomar las medidas apropiadas para resolverlos;
- Ayudár a completar el Formulario de Apelación de Acción.

Funciones y Responsabilidades

DBH es responsable de lo siguiente:

- Enviar un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios para informarle cuándo DBH toma una decisión sobre si usted recibirá o no recibirá los servicios de tratamiento de Medi-Cal SUD y / o SMHS;
- Enviar un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios para informarle si su reclamo, apelación o apelación acelerada no se resolvió a tiempo o si no recibió servicios dentro de los estándares de la línea de tiempo de DBH para brindar servicios;
- Enviar un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios para informarle que DBH ha recibido su queja, le enviamos una confirmación por escrito;
- Tomar una decisión sobre su queja dentro de 90 días a partir de la fecha de presentación;
- Notificarle por escrito cuando se haya tomado una decisión con respecto a su reclamo;
- Permitirle solicitar una revisión de la decisión que se tomó sobre los servicios de tratamiento SUD y / o SMHS por parte de DBH o su proveedor;
- Notificarle por escrito cuando se haya tomado una decisión con respecto a su apelación;
- Decidir sobre su apelación dentro de 30 días a partir de la fecha en que DBH recibió su solicitud de apelación;
- Resolver su apelación acelerada dentro de las 72 horas posteriores a que DBH reciba la apelación (si DBH está de acuerdo en que su apelación, cumplir con los requisitos para una apelación acelerada);



Funciones y Responsabilidades

- Hacer esfuerzos razonables para darle un aviso verbal sin demora y notificarle por escrito dentro de 2 días para explicarle el motivo de la decisión (si DBH decide que su apelación no califica para una apelación acelerada);
- Notificarle por escrito cuando se resuelva su apelación acelerada.



Proceso de Resolución de Problemas

Proceso de Audiencia Imparcial del Estado Después de que se agote el proceso de apelaciones, puede solicitar una Audiencia Imparcial del Estado si no está satisfecho con el resultado del proceso de apelación. Solo tiene 120 días para solicitar una audiencia. Usted puede, verbalmente o por escrito, presentar una audiencia imparcial ante el estado después del agotamiento de un proceso de Apelación o Apelación Acelerada, ya sea que haya recibido o no un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios.



Plan de Salud Mental

Las Audiencias Imparciales Estatales pueden ser solicitadas por:

Correo:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Teléfono: (800) 952-5253 o para TDD: (800) 952-8349

Sitio Web: <https://secure.dss.cahwnet.gov/shd/pubintake/cdss-request.aspx>

Plan del Sistema Organizada de Entrega de Medicamentos de Medical

Las Audiencias Imparciales Estatales pueden ser solicitadas por:

Correo:

California Department of Social Services
State Hearings Division
744 P Street, Mail Station 9-17-37
Sacramento, CA 95814

Teléfono: (800) 952-8349 o para TDD (800) 952-8349

Para obtener información sobre el estado de una queja o apelación pendiente, comuníquese con la Unidad de Acceso de DBH al (888) 743-1478.

Otros Servicios Disponibles para Usted

Sobres estampados y formularios de quejas y apelaciones están disponibles en los lobbies de los proveedores / clínicas, para que los clientes puedan obtener sobres y formularios sin tener que pedirle a un miembro del personal.

Para ayudar a los clientes, sus familiares y los representantes con discapacidades a comunicarse mejor, los siguientes auxiliares y servicios están disponibles de forma gratuita: intérpretes de señas y de idiomas calificados, Braille, letra grande de 18 puntos, audio, formato electrónico accesible y / o asistencia cultural.

Si quiere presentar una queja sobre un proveedor de servicios de Alcohol y Otras Drogas (AOD) o consejero, puede completar el formulario en el sitio web del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS por sus siglas en inglés) en: <https://www.dhcs.ca.gov/individuals/pages/sud-complaints.aspx>.

Presentar una queja o apelación, o una Audiencia Imparcial del Estado no contará en su contra y no afectará los servicios que recibe. Cuando su reclamo o apelación esté completo, DBH le notificará a usted y a otras personas involucradas sobre el resultado final. Cuando se complete su Audiencia Imparcial Estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le notificará a usted y a otras personas involucradas el resultado final.

Acerca de DBH

El Departamento de Salud Mental del Condado de San Bernardino (DBH) está dedicado a brindar servicios efectivos de salud mental que promuevan el bienestar, la recuperación y la capacidad de recuperación para individuos, familias y comunidades.

DBH ofrece tratamientos de salud mental y trastornos de uso de sustancias culturalmente apropiados para todos los grupos de edad, incluyendo niños y jóvenes que pueden sufrir graves trastornos emocionales, adultos y adultos mayores que padecen una enfermedad mental grave y persistente, y personas que padecen trastornos por el uso de sustancias.

DBH brinda tratamiento de Salud Mental a personas en el Condado de San Bernardino que no tienen seguro o están en Medi-cal.

Obtenga más información visitando:
www.sbcounty.gov/DBH.



Para accesos y referencias a servicios de salud mental llame a
Unidad de Acceso de DBH,
Línea de ayuda de 24 horas, 7 días a la semana.
(888) 743-1478 (Marque 7-1-1 para usuarios TTY.)
En caso de emergencia, llame al 9-1-1.

SBCounty.gov/DBH





Asistencia Lingüística

Enviar con todos los Avicios

English

ATTENTION: If you speak another language, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

ATTENTION: Auxiliary aids and services, including but not limited to large print documents and alternative formats, are available to you free of charge upon request.

Call 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

Tagalog (Tagalog– Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)번으로 전화해 주십시오.

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)。

Հայերեն (Armenian)

ՈՒՇԱԴՐՈՒԹՅՈՒՆ՝ Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցության ծառայություններ: Չանգահարեք 1-888-743-1478 (TTY (հեռատիպ)՝ 7-1-1)։

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-888-743-1478 (телетайп: 7-1-1).



Asistencia Lingüística

Enviar con todos los Avicios

فارسی (Farsi)

بز نای ن هس یتلاک ن ،دی یم گ ن وگ ن را یس بز نا با هگا ر :āā
امش با یار یار ناگ با تروص
با گ یری دن سام (TTY: 7-1-1) 1-888-743-1478 با ا ب ا دش یم ن مه ار

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) まで、お電話にてご連絡ください。

Hmoob (Hmong) LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਧਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਚੀ ਪੰਜਾਬ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਚੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇ ਚੀ ਤੁਹਾਡੇ ਈ ਮੁਫਤ ਉਪ ਧਬ ਹੈ। 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) 'ਤੇ ਕਾ ਕਰੋ।

العربية (Arabic)

با نر م نا ل ص با لان اجم لك ن ناون ر لا ليوغ ة لام قدعاس تامدخ ن ن لا ل ليوغ كذا ر ن شحناك تن اذ: م قظوح ل
1-888-743-1478
(م 7-1-1: ل او ب م ك ل ا م ص لاه ف نر م)

हंदी (Hindi) ध्यान दें: मदद आप द हंदी बोलते हैं तो आपके लए मुफ्त में भाषा स ायता सेवार्िं उपलब्ध है। 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1) पर कॉल करें।

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้า ภาษาไทยคุณสามารถ ธิการช่วยเหลือทางภา ธิ โทร 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).
คุณท ไชบ ษาไคฟ

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន៖ រ រ ំ សិនជាអ្នក កនិយាយ ភាសាខ្មែរ , រសវាជំនួយមននកភាសា ំពោយមិនគិត ំ
ន្ត គឺអាចមានសេវា ំរ ើ អ្នក ចូ ូ ស័ព្ទ 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້ າວ າທ່ ານ າວ າພາສາລາວ, ອດ ານພາສາ ໂດຍ ບັ າ
ການ ບໍ າວການ ຈຸ າຍ າ
ແມ່ ນມີ ພໍ າມ າ ານ າໂທ 1-888-743-1478 (TTY: 7-1-1).