

AVISO DE PROCESOS DE RESOLUCIÓN DE PROBLEMAS

El Departamento de Salud del Comportamiento del Condado de Ventura (VCBH por sus iniciales de abreviación en inglés) desearía conocer y ayudar a resolver su problema o preocupación acerca de cualquier aspecto de su tratamiento. Puede encontrar información detallada acerca de estos procesos en el **Manual para Beneficiario del Plan de Salud Mental del Condado de Ventura (Ventura County Mental Health Plan Beneficiary Handbook) o Sistema de Entrega Organizado de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) Manual para Miembros del Condado de Ventura (Ventura County Drug Medi-Cal Organized Delivery System (DMC-ODS) Member Handbook.**

- Hay disponibles Formularios de Quejas y Formularios de Apelación/Apelación Expedita en la sala de espera de su proveedor. Usted puede enviar el formulario en el sobre con la dirección ya escrita que se proporciona, o a Grievance and Appeals, Quality Management Unit: 1911 Williams Dr., Oxnard, CA 93036; también puede llamar al 1-888-567-2122.
- Usted, o el representante que usted designe, pueden presentar su **Queja** oralmente o por escrito. Dentro del plazo de cinco (5) días naturales, usted recibirá un Acuse de Recibo de su Carta de Queja. Cuando se haya tomado una decisión acerca de su queja, VCBH le avisará mediante un Aviso de Resolución de Queja (NGR por sus siglas en inglés) dentro del plazo de 90 días desde que haya recibido su queja.
- Puede solicitar oralmente una **Apelación** si ha recibido un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios; a continuación, debe darle seguimiento con una Apelación por escrito. La fecha de su apelación oral quedará registrada como fecha de su Apelación. VCBH le entregará por escrito un Aviso de Resolución de Apelación (NAR por sus siglas en inglés) dentro del plazo de 30 días desde que haya recibido su Apelación. Usted puede presentar evidencias y alegaciones sobre cuestiones de hecho o de derecho, personalmente o por escrito. Usted, o su representante, pueden examinar su expediente, incluyendo sus registros médicos, así como cualquier otro documento o registros considerados antes y durante el proceso de Apelación.
- **Los plazos para una Queja o Apelación pueden prorrogarse hasta un máximo de 14 días naturales** si usted solicita una extensión, o si VCBH considera que se necesita información adicional y que el retraso es favorable a los intereses de usted. Se le notificará por escrito si se necesita una extensión.

Usted puede solicitar oralmente una **Apelación Acelerada** si usted o su representante/proveedor autorizado certifican, o si VCBH determina, que cumplir con los plazos de una Apelación estándar según se describen más arriba pondría seriamente en peligro su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, conservar o recuperar la máxima funcionalidad.

VCBH intentará resolver la Apelación Expedita en el plazo de 72 horas.

- Usted puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre.
- Usted puede identificar a un miembro del personal o a otra persona para que le ayude con la Queja o Apelación.
- Usted puede identificar a un miembro del personal o a otra persona para que le proporcione información acerca del estado de su Queja o Apelación.
- Usted no estará sujeto a ninguna discriminación ni penalización de ningún tipo por presentar una Queja, Apelación o Apelación Expedita.
- Usted también puede contactar a la Oficina de Derechos del Paciente, llamando al (805) 477-5731.

Si usted es beneficiario de Medi-Cal, puede solicitar oralmente o por escrito una **Audiencia Imparcial Estatal** una vez haya agotado el proceso de Apelación o Apelación Expedita. Puede encontrar el procedimiento para solicitar una Audiencia Imparcial Estatal, junto con otra información para resolución de problemas, en el Manual para Beneficiario del Plan de Salud Mental del Condado de Ventura o Sistema de Entrega Organizado de Drug Medi-Cal (DMC-ODS) Manual para Miembros del Condado de Ventura.

Por favor, tenga en cuenta que el Aviso de Determinación Adversa de Beneficios se define del modo siguiente:

- La denegación o autorización limitada de un servicio solicitado, incluyendo determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio, requisitos de necesidad médica, adecuación, entorno, o efectividad de un beneficio cubierto.
- La reducción, suspensión, finalización, modificación, denegación de un servicio autorizado previamente, o el acceso en plazo oportuno a dicho servicio.
- La denegación total o parcial del pago de un servicio
- El no prestar los servicios en el plazo oportuno.
- No actuar dentro de los plazos para la resolución de Quejas, Apelaciones o Apelaciones Expeditas.
- La denegación de una petición de obtener servicios fuera de la red (para residentes de áreas rurales).
- La denegación de una solicitud de disputar una responsabilidad financiera, incluyendo costos compartidos, copagos, primas, deducibles, coaseguros, y otras responsabilidades financieras de los beneficiarios.

**Si tiene Preguntas, llame a la Unidad de Gestión de Calidad de MH/SUD, al
1-888-567-2122**