



Ventura County Behavioral Health (VCBH)  
**Formulario de Apelación/Apelación Urgente**

Usted puede completar el Formulario de Apelación para cualquiera de las acciones descritas a continuación y enviarlo por correo en el sobre proporcionado o puede llamar a la Unidad de Manejo y Control de Calidad al 1-888-567-2122.

**INFORMACIÓN DEL CLIENTE**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_ Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_ Clínica o Proveedor: \_\_\_\_\_

¿Está utilizando un representante autorizado?  No  Sí Si respondió sí, indique el nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono y dirección del representante autorizado: \_\_\_\_\_

**NOTIFICACIÓN DE ACCIÓN**

¿Recibió usted un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD por sus iniciales en inglés)?  No  Sí

¿Recibió usted un NOABD lo define alguna de las siguientes notificaciones?  No  Sí

- Una denegación, modificación, reducción o cancelación de una solicitud de autorización de pago hecha por un proveedor por un servicio de especialidad de salud mental o servicios de tratamiento de uso de sustancias cubierto por el Plan de Salud Mental/DMC-ODS Plan (MHP y DMC-ODS por sus iniciales de abreviación en inglés).
- Una determinación de que los criterios de necesidad médica no se han cumplido y, por lo tanto, usted no tiene derecho a ningún servicio especializado de salud mental o servicios de tratamiento de uso de sustancias.
- El no proveerle un servicio especializado de salud mental o servicios de tratamiento de uso de sustancias dentro de los plazos acordados para la presentación de dichos servicios establecidos por el Plan de Salud Mental/DMC-ODS Plan (MHP y DMC-ODS por sus iniciales de abreviación en inglés).
- El no actuar dentro de los plazos para la resolución de Quejas, Apelaciones o Apelaciones Urgentes.

SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿EXISTEN OTRAS CONSIDERACIONES QUE DESEA QUE REVISEMOS?

Usted recibirá un Acuse de Recibo por escrito después que VCBH haya recibido este formulario. Si se necesita más información podremos llamarle a usted o a su representante autorizado al número de contacto que usted nos ha proporcionado. Usted o su representante recibirán una Aviso de Resolución de Apelación por escrito dentro de un plazo de 30 días. Usted puede presentar una Apelación Urgente si cree que esperar hasta 30 días para una decisión de apelación pondrá en peligro su vida, su salud o la capacidad para mantener o recuperar la función máxima.

**¿Cree usted que esperar hasta 30 días para una decisión de Apelación oficial pondrá en peligro su vida, salud, o su capacidad de mantener o recobrar su función máxima y está usted solicitando una Apelación Urgente?**

No  Sí

VCBH resolverá su Apelación Urgente dentro de 72 horas hábiles partir de la fecha en que se haya recibido la Apelación Urgente si VCBH está de acuerdo en que su apelación cumple con el requerimiento de una Apelación Urgente. Para mayor información, favor de 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, "Procesos de Resolución de Problemas".

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de molde

Padre/Tutor

## SUS DERECHOS COMO BENEFICIARIO DE MEDI-CAL

*Como beneficiario de Medi-Cal, usted tiene derecho a:*

- Autorizar a otra persona a actuar en su nombre
- Seleccionar a un proveedor como su representante en el proceso de apelación
- Identificar a uno de nuestros empleados u otra persona para que le ayude con la Queja o Apelación
- No ser objeto de discriminación o ninguna otra sanción por presentar una Queja o Apelación
- Identificar a uno de nuestros empleados u otra persona a proporcionar información sobre el estado de su Queja o Apelación
- Presentar una Queja o Apelación
- Examinar su expediente incluyendo expedientes clínicos y cualquier otro documento considerado durante el proceso de apelación

