

DOBLE, PEGUE Y RASGUE ESTE TALÓN EN LA LÍNEA PERFORADA



EL FRANQUEO NO ES
NECESARIO SI LO
ENVÍA POR CORREO
DENTRO DE ESTADOS
UNIDOS

CONFIDENCIAL

CORRESPONDENCIA DE RESPUESTA COMERCIAL

FIRST-CLASS MAIL N.º DE PERMISO. 61 BAKERSFIELD, CA

EL FRANQUEO LO PAGARÁ EL DESTINATARIO

KERN BEHAVIORAL HEALTH & RECOVERY SERVICES
PO BOX 1000
BAKERSFIELD CA 93302-9961



Plan de salud mental y Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de
Medi-Cal de Kern Behavioral Health & Recovery Services

Formulario de apelación

- Queja formal:** Una expresión de insatisfacción sobre un asunto distinto a una determinación de beneficios adversa.
- Medida:** Ocurre cuando el Plan de salud mental y el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal:
- deniegan o limitan la autorización de un servicio solicitado;
 - reducen, suspenden o cancelan un servicio previamente autorizado;
 - deniegan el pago de un servicio en parte o en su totalidad;
 - no actúan dentro de los plazos obligatorios para una resolución estándar de quejas formales y apelaciones;
 - deniegan la solicitud de impugnar la responsabilidad financiera de un beneficiario.
- Apelación:** Una solicitud del beneficiario para una revisión por parte del Plan de una determinación de beneficios adversa.
- Apelación expedita:** Una solicitud del beneficiario para revisar una determinación de beneficios adversa cuando usar el proceso de resolución estándar podría poner en peligro la salud mental, el trastorno por consumo de sustancias o la capacidad del beneficiario de alcanzar, mantener o recobrar el máximo de sus funciones.



Kern Behavioral Health & Recovery Services

FORMULARIO DE APELACIÓN DE MEDIDAS

NOTA: Presentar una apelación después de una **determinación de beneficios adversa** no afectará desfavorablemente sus servicios con **Kern Behavioral Health & Recovery Services**. Los beneficiarios deben presentar una apelación dentro de sesenta (60) días calendario a partir de la fecha que se indica en el Aviso de determinación de beneficios adversa. Servicios para Beneficiarios responderán con una determinación dentro de treinta (30) días calendario en caso de una apelación estándar o no más de 72 horas en caso de una apelación expedita. Si se deniega la apelación expedita, se enviará un aviso por escrito al beneficiario y comenzará el proceso de apelación estándar.

Marque la casilla que corresponde: Apelación estándar Apelación expedita

EL BENEFICIARIO O EL PACIENTE DEBE LLENAR EL FORMULARIO Y ENVIARLO A PATIENTS' RIGHTS OFFICE
PO BOX 1000, Bakersfield, CA 93302-1000
Teléfono (844) 360-8250 • Fax (661) 635-2980

Fecha: _____ Ubicación del servicio: _____

Beneficiario o paciente
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Origen étnico: _____

Sexo: M F Idioma de preferencia: _____

Si el paciente es menor de edad, entonces el nombre del tutor legal que presenta en nombre del menor de edad: _____

Dirección (incluya ciudad, estado, código postal): _____

Teléfono: _____

¿Recibió un Aviso de determinación de beneficios adversa? Sí No

¿Recibió una medida, según las que se definen a continuación?

1. Se deniega o limita la autorización de un servicio solicitado.
2. Se reduce, suspende o cancela un servicio previamente autorizado.
3. Se deniega el pago de un servicio en parte o en su totalidad.
4. No se prestan a tiempo los servicios, según lo determinado por el Plan.
5. No se actúa dentro de los plazos obligatorios para una resolución estándar de quejas formales y apelaciones.
6. Se deniega la solicitud de impugnar la responsabilidad financiera de un beneficiario.

Si la respuesta es sí, ¿qué le gustaría que se hiciera para resolver esta queja formal?

Firma del beneficiario _____

Fecha: _____