

CONFIDENCIAL

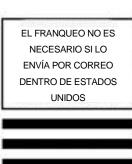
CORRESPONDENCIA DE RESPUESTA COMERCIAL

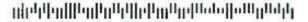
RST-CLASS MAIL N.º DE PERMISO. 61

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.

<u>Medida:</u> 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

10101010 (0-1-1) 300 0230 ° 14X (001) 033 2300				
Fecha:			Ubicación del servicio:	
Benefic	iario o pacie	nte		
Nombre			Fecha de nacimiento:	Origen étnico:
Sexo:	□м	□F	Idioma de preferencia:	
Si el pad	ciente es me	nor de edad, ent	conces el nombre del tutor legal que presenta en	n nombre del menor de edad:
Direcció	on (incluya ci	udad, estado, có	digo postal):	
Teléfon	0:			
2. 3. 4. 5. 6.	o una medid Se deniega Se reduce, Se deniega No se prest No se actúa Se deniega	a, según las que o limita la autor suspende o cano el pago de un se an a tiempo los a dentro de los pla solicitud de ir	de beneficios adversa?	neficiario.
Firma d	el beneficiar	io		Fecha: