

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 queja formal

Queja formal:

Una expresión de insatisfacción sobre un asunto distinto a una determinación de beneficios adversa.

NOTA: la resolución de una queja formal se tomará dentro de sesenta (60) días calendario desde la recepción de la queja formal.

Medida:

Ocurre cuando el Plan de salud mental y el Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal:

- deniega o limita la autorización de un servicio solicitado;
- reduce, suspende o cancela un servicio previamente autorizado;
- deniega el pago de un servicio en parte o en su totalidad;
- no actúa dentro de los plazos obligatorios para una resolución estándar de quejas formales y apelaciones;
- deniega 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 QUEJA FORMAL

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

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: _____

Use letra de imprenta o escriba claramente.

Describa los motivos por los que presenta una queja formal. Sea específico, incluya nombres, fechas y horas cuando sea posible.

1. Describa la queja formal o su naturaleza.

2. ¿Qué le gustaría que se hiciera para resolver esta queja formal?

Firma del beneficiario _____

Fecha: _____