

## PLAN DE SALUD MENTAL DE SAN FRANCISCO PROCEDIMIENTO DE QUEJA

Para todos los clientes del Programa de Salud Mental y Abuso de Sustancias dentro de los Servicios Comunitarios de Salud Mental

Se le recomienda que resuelva informalmente sus preocupaciones hablando con el programa directamente. El **procedimiento de queja** es un medio formal que tiene usted para expresar su descontento acerca de los servicios que no sean uno de los problemas cubiertos por los procedimientos de Apelación y Audiencia Justa del Estado. Usted tiene la opción en cualquier momento y sin existir represalias de hacer uso del procedimiento formal de queja facilitado por San Francisco Mental Health Plan (SFMHP).

### Los pasos del procedimiento de queja de SFMHP son los siguientes:

- Usted, o su representante actuando en nombre de usted, puede presentar una queja, de preferencia usando el Formulario de Queja (CBHS 316). Los representantes pueden incluir, entre otros, a: el personal, familiares, amigos, otros clientes, defensores entrenados o representantes legales.
- Si su representante no está empleado a través de SFMHP, se protegerá la confidencialidad mediante la divulgación autorizada y el contrato de confidencialidad firmado de su representante.

- Usted también puede pedir asistencia a Behavioral Health Access Center (415-503-4730) o a la Oficina de Competencia Cultural y Relaciones con el Cliente (415-255-3422).

- Usted puede presentar una queja en persona, por teléfono o por el Correo de los EE.UU.:

En persona o por teléfono:  
Officer of the Day

Behavioral Health Access Center (BHAC)  
1380 Howard Street, 1st floor  
San Francisco, CA 94103  
415-503-4730 or 1-800-750-2727  
TDD: 1-888-484-7200

Por el Correo de los EE.UU.:  
Grievance Officer

Office of Quality Management  
1380 Howard Street, 2<sup>nd</sup> Floor  
San Francisco, CA 94103  
-0-  
Sobre con el franqueo pagado

- Usted recibirá un acuse de recibo por escrito de su queja. El Investigador de Quejas hará todos los esfuerzos para contactarlo. El investigador no tendrá ninguna participación previa en su caso y contará con la experiencia clínica apropiada si su queja se refiere a problemas clínicos.
- La decisión por escrito le será enviada a usted o a su representante dentro de 60 días calendarios de recibo. Ese plazo puede extenderse hasta por 14 días si lo solicita usted o si SFMHP determina que una extensión es en el mejor interés de usted.
- El Funcionario de Quejas (415-255-3632) brindará información sobre el estatus de su queja a su solicitud o a solicitud de su representante.

## PLAN DE SALUD MENTAL DE SAN FRANCISCO PROCEDIMIENTO DE APELACIÓN

Sólo para clientes de MediCal de Salud Mental dentro de los Servicios Comunitarios de Salud Mental

### Procedimiento de apelación regular

**Las apelaciones sólo se pueden presentar para revisar una acción.**

**Definición de acción:** Puede presentar una apelación si los servicios que recibe han sido reducidos, denegados o no se los han brindado en forma oportuna.

- Si presenta una apelación en forma oral, *debe hacer un seguimiento mediante la presentación de una apelación por escrito dentro de 45 días.*
- Usted recibirá un acuse de recibo por escrito.
- Usted puede examinar su archivo para la apelación antes y durante el procedimiento. Se le dará la oportunidad, en forma razonable, de presentar pruebas y formular las alegaciones de hecho, en persona o por escrito.
- La decisión por escrito le será enviada dentro de **45 días calendario**s del recibo de la apelación. Ese plazo puede extenderse hasta por 14 días en ciertos casos.
- La apelación ***se resuelve y*** -
- SFMHP de inmediato le brindará o hará los arreglos y pagará los servicios disputados si la decisión emitida en el procedimiento de apelación revoca una decisión de negar, limitar o demorar los servicios.

**Para presentar una apelación o una apelación acelerada:**

En persona o por teléfono:

Officer of the Day

Behavioral Health Access Center (BHAC)

1380 Howard Street, 1st floor

San Francisco, CA 94103

415-503-4730 or 1-800-750-2727

TDD: 1-888-484-7200

### Procedimiento de apelación acelerado

**Las apelaciones aceleradas sólo se pueden presentar para revisar una acción.**

**Definición de apelación acelerada:** Revisión de una acción cuando el uso de un procedimiento de apelación regular podría ponerlo a usted, o a su capacidad para funcionar, seriamente en peligro.

- Usted recibirá un acuse de recibo por escrito.
- Si la apelación no satisface el criterio de una apelación acelerada, se revertirá la apelación al procedimiento de apelación regular. El funcionario de quejas tratará de notificarlo a usted oralmente y hará una notificación por escrito dentro de los 2 días calendario de la fecha de la denegación.
- La decisión por escrito le será enviada dentro de **3 días útiles** del recibo de la apelación. Se harán los esfuerzos que sean razonables para hacerle una notificación oral. Ese plazo puede extenderse hasta por 14 días en ciertos casos.
- La apelación acelerada ***se resuelve y*** -
- SFMHP de inmediato le brindará o hará los arreglos y pagará los servicios disputados si la decisión emitida en el procedimiento de apelación revoca una decisión de negar, limitar o demorar los servicios.

Por el Correo de los EE.UU.:

Grievance Officer

Office of Quality Management

1380 Howard Street, 2<sup>nd</sup> Floor

San Francisco, CA 94103

-0-

Sobre con el franqueo pagado

***Si su apelación o apelación acelerada no se resuelve a su satisfacción,***

***usted tendrá el derecho a una audiencia justa del estado-***

***Llame gratis al: 1-800-952-5253***

***TDD: 1-800-952-8349***

# Formulario de Solicitud de Resolución de Problemas

-Complete este formulario y envíe por correo en el sobre con el franqueo pagado para presentar una queja, apelación o apelación acelerada -

Información del cliente:

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono/Correo electrónico \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

La mejor forma de contactarme \_\_\_\_\_

Mi problema o preocupación es acerca del siguiente programa o proveedor: \_\_\_\_\_

Explicación del problema o preocupación: \_\_\_\_\_

¿Qué quisiera obtener?: \_\_\_\_\_

Yo autorizo a la siguiente persona para que actúe en mi nombre *(opcional)* \_\_\_\_\_  
Entiendo que no seré objeto de discriminación como consecuencia de haber presentado una queja o apelación, o de haber solicitado una Audiencia Justa Estatal.  
Firma de cliente o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
Firma, de no haber sido firmado por el cliente o tutor legal \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

Date received \_\_\_\_\_ O Grievance \_\_\_\_\_ O Appeal \_\_\_\_\_ O Expedited Appeal \_\_\_\_\_ Oral report received by \_\_\_\_\_ or Referred to \_\_\_\_\_  
Acknowledgement letter mailed on \_\_\_\_\_ Assigned to \_\_\_\_\_ File Number \_\_\_\_\_

CBHS 316

San Francisco Mental Health Plan, Community Behavioral Health Services  
Office of Quality Management, 1380 Howard Street, 2<sup>nd</sup> Floor, San Francisco CA 94103

Rev. 1/11 Spanish