

¿QUÉ ES UNA APELACIÓN?

Información Confidencial del Cliente: Ver el código de institución del bienestar 5328

Departamento de Salud y Bienestar de los Condados de Sutter y Yuba
Preguntas Frecuentemente Hechas Acerca de Una Apelación

¿Qué es una Apelación?

Una apelación se define como, "Una solicitud para revisar un Aviso de determinación adversa de beneficios (NOABD)". ¿Qué es NOABD? Un NOABD ocurre cuando el plan de salud mental (MHP) hace al menos uno de los siguientes:

1. Niega o limita la autorización de un servicio solicitado, incluidas las determinaciones basadas en el tipo o nivel de servicio; requisitos de necesidad médica, idoneidad, entorno o efectividad de un beneficio cubierto.
2. Reduce, suspende o termina servicios previamente autorizados;
3. Niega, por entero o en parte, pago por un servicio;
4. No proporciona servicios de manera oportuna, según lo determinado por el SYMHP; o
5. No actúa dentro de los plazos para la disposición de la queja estándar, la resolución de las apelaciones estándar o la resolución de las apelaciones aceleradas; o
6. Niega una solicitud para disputar el pasivo financiero, incluidos los costos compartidos, los copagos, las primas, los deducibles, el coaseguro y otros pasivos financieros del beneficiario.

¿Adónde consigo un formulario para Apelación?

Formularios para Apelaciones están disponibles en todos los sitios del Plan de Salud y Bienestar de los Condados de Sutter y Yuba. También le puede preguntar a cualquier personal de Salud y Bienestar por un Formulario.

¿Cómo presento una Apelación?

La apelación deberá ser presentada en forma oral o por escrito. A menos que el beneficiario solicite una apelación acelerada, una apelación oral debe ir seguida de una apelación escrita firmada. Después de recibir un NOABD, un beneficiario tiene 60 días calendario a partir de la fecha en el NOABD para presentar una solicitud de apelación. Si necesita asistencia adicional para presentar una apelación, comuníquese con uno de los siguientes empleados de MHP para obtener más información:

- | | |
|--|------------------------------|
| 1. Personal de Analices en Calidad y Progreso: | (530) 822-7200 |
| 2. Llamada Gratuita: | 1-888-923-3800 |
| 3. TTY-CRS: | 1-800-855-3000 |
| 4. Promotor de los Derechos de los Pacientes
PO Box 1694, Yuba City, CA 95992 | TEL: (530) 822-7200 prensa 8 |

¿Qué puedo esperar después de presentar una Apelación?

El personal de Sutter-Yuba MHP investigará su apelación dentro de los 30 días posteriores al recibir su apelación y le responderá por escrito. La primera carta será un aviso de que hemos recibido su apelación y le enviaremos la segunda carta con los resultados de la investigación.

¿Qué es la diferencia entre una Apelación Estándar y una Apelación Rápida?

La apelación acelerada se presenta cuando el SYMHP determina, o el beneficiario y / o el proveedor del beneficiario certifica que tomarse el tiempo para una resolución de apelación estándar podría poner en grave peligro la vida, salud o capacidad del beneficiario para alcanzar, mantener o recuperar la función máxima. El SYMHP resolverá y notificará dentro de las 72 horas posteriores al recibo de la apelación acelerada. Si se deniega la apelación acelerada, se enviará un aviso por escrito al miembro y comenzará el proceso de apelación estándar. Si cree que necesita ayuda urgente, comuníquese con nuestros Servicios de Emergencia Psiquiátricos al (530) 673-8255 o al 1-888-923-3800.

FORMULARIO PARA APELACIÓN

Advertencia: Presentar una Apelación después de una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD) no deberá afectar negativamente sus servicios con el Plan de Salud Mental de los Condados de Sutter-Yuba. El personal de Gestión de Calidad del Plan de Salud Mental de Sutter-Yuba responderá con una resolución dentro (30) treinta días para la apelación estándar o (72) setenta y dos horas para la apelación acelerada. Si se deniega la apelación acelerada, se enviará una notificación escrita al miembro y comenzará el proceso de apelación estándar.

Favor de marcar la caja apropiada: Apelación Estándar Apelación Rápida

Fecha: _____ Sitio de Servicios: _____

Nombre del Cliente: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, escriba el nombre del guardián legal llenando la forma para el menor: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de Teléfono (favor de indicar la mejor hora llamarle): _____

Favor de escribir o imprimir claramente:

1. ¿Cuál es su Apelación? Favor de describir la situación lo más detallado posible. Puede agregar páginas adicionales si es necesario.

2. Si usted ha marcado la caja de Apelación rápido, escriba la razón por la cual usted cree que esta apelación tiene que ser rápida. Favor de ser lo más específico posible. Puede agregar páginas adicionales si es necesario.

3. ¿Ha discutido esta situación con su proveedor de servicios (coordinador de servicios, terapeuta, consejero, psiquiatra, etc.)? Sí No

4. ¿Qué le gustaría que pasara para resolver esta apelación?

Fecha:

Firma de persona llenando la Apelación: