

Derechos de los Miembros

Los miembros de Salud Mental de Medi-Cal tienen derecho a lo siguiente:

- Ser tratados con dignidad, respeto y con la debida consideración a su privacidad.
- Servicios prestados en un entorno seguro.
- Solicitar y recibir servicios de interpretación oral gratuitos.
- Solicitar una segunda opinión o cambiar su proveedor de tratamiento.
- Participar en las decisiones relativas a su atención médica, incluido el derecho a rechazar el tratamiento.
- Solicitar y recibir una copia de su historia clínica (pueden aplicarse costos) y solicitar una enmienda o corrección.
- Autorizar a una persona a actuar en su nombre durante el proceso de queja, apelación o audiencia imparcial estatal.
- Estar libres de cualquier forma de restricción o aislamiento que se use como medio de coerción, disciplina, conveniencia o represalia.
- Presentar una queja sin represalias (una queja es una expresión de insatisfacción que no está relacionada con una determinación adversa de beneficios).
- Para los miembros de Medi-Cal: el derecho a presentar una apelación, una apelación acelerada o solicitar una audiencia imparcial estatal sin represalias.
- Recibir información sobre las opciones y alternativas de tratamiento disponibles (directorio de proveedores de servicios especializados de salud mental), presentada de una manera adecuada a su estado y capacidad de comprensión.
- Recibir servicios del Plan de Salud Mental del condado de Sonoma que cumplan con los requisitos contractuales del Estado en las áreas de disponibilidad de servicios, garantías de capacidad y servicios suficientes, coordinación y continuidad de la atención, y cobertura y autorización de servicios.

Para obtener ayuda con cuestiones relacionadas con sus derechos, llame a:

La Defensa de los Derechos de los Pacientes:

1-707-565-4978 (Condado de Sonoma) o envíe un correo electrónico a: sonomapra@mhaac.org

QUEJAS - APELACIONES - APELACIONES ACELERADAS

Los miembros, su representante autorizado o su proveedor pueden presentar una queja (en cualquier momento), una apelación o una apelación acelerada. Las apelaciones y las apelaciones aceleradas están destinadas, específicamente, a la revisión de un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios (Notice of Adverse Benefit Determination, NOABD). Puede solicitarse una apelación Acelerada cuando, a petición del miembro o del proveedor (en nombre del miembro), el proceso estándar de resolución de apelaciones podría poner en grave peligro la salud mental del miembro o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su máximo nivel de funcionamiento. Tenga en cuenta que se exige consentimiento por escrito cuando alguien presenta una apelación en nombre del miembro, y la apelación debe presentarse dentro de los **60 días calendario** siguientes al NOABD.

Para los miembros de Medi-Cal del condado de Sonoma que desean más información o presentar una queja, apelación o apelación acelerada:

Las quejas pueden presentarse de forma oral o por escrito. Complete el Proceso y Formulario de Derechos de los Miembros y Quejas/Apelaciones (BHD 406) y envíelo por correo al Coordinador de Quejas o llame al: (707) 565-7895, (800) 870-8786 (gratis) o TTY/TDD: 711. BHD 406 puede encontrarse en el vestíbulo de la oficina de su programa o puede solicitar una copia a su proveedor o en el Sitio Web del Condado de Sonoma:

<https://sonomacounty.gov/health-andhuman-services/health-services/divisions/behavioral-health/contractor-resources/medi-calinforming-materials>

Los miembros pueden esperar recibir un acuse de recibo (por escrito) de la queja o apelación del condado dentro de los **5 días calendario** siguientes a su recepción.

Enviar por correo a:

División de Salud Conductual del Condado de Sonoma
a/c Coordinador de Quejas
2227 Capricorn Way
Santa Rosa, CA 95407-5419

Se le notificará la decisión por escrito:

- De una queja: dentro de los **30 días calendario** siguientes a su recepción
- De una apelación: dentro de los **30 días calendario** siguientes a su recepción
- De una apelación acelerada: dentro de las **72 horas** siguientes a su recepción

AUDIENCIAS ESTATALES

Como miembro de Medi-Cal, si no está satisfecho con la decisión del Condado con respecto a una apelación que haya presentado en relación con un aviso de determinación adversa de beneficios, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal, que es una revisión independiente realizada por el Departamento de Servicios Sociales.

Puede solicitar una audiencia estatal en respuesta a la recepción de un aviso de resolución de apelación (Notice of Appeal Resolution, NAR), con respecto al resultado de un NOABD. Los miembros tienen **120 días calendario** a partir de la fecha del NAR para solicitar una audiencia estatal. Sin embargo, si Salud Conductual del condado de Sonoma no cumple con los requisitos de aviso y tiempo de apelación, usted tiene derecho a una audiencia imparcial estatal.

Si solicita una audiencia estatal dentro de los **10 días calendario** siguientes a la recepción de un NOABD, en determinadas circunstancias, su nivel actual de servicios puede mantenerse, a la espera del resultado de la audiencia.

Cómo solicitar una audiencia o una audiencia acelerada por teléfono:

Llame gratis a la División de Audiencias Estatales: 1-800-743-8525 Para usuarios de TDD, llame al:

1-800-952-8349

Puede solicitar una audiencia EN LÍNEA en: WWW.CDSS.CA.GOV