



FORMULARIO PARA  
SOLICITAR UNA APELACIÓN  
(APPEALS-SPANISH)

FRESNO COUNTY  
MENTAL HEALTH PLAN  
1-800-654-3937

**SI SOLICITA** una apelación al Fresno County Mental Health Plan (Plan de Salud del Condado de Fresno) con respecto a su atención de salud mental, debe enviar el formulario para presentar una apelación a:

**Fresno County Mental Health Plan  
P.O. Box 45003  
Fresno, California 93718-9886**

*Se obtienen las solicitudes y sobres con timbre y dirección impresa en todos los lugares que prestan atención de salud mental.*

Usted puede presentar una apelación hablada, pero después debe enviarnos una versión escrita o no podremos tramitar la apelación.

Usted recibirá una respuesta por escrito dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha en que recibimos su solicitud. Si usted tiene alguna duda o si desea información acerca de su apelación, favor de llamar a: **1-800-654-3937**. Para las personas con discapacidad auditiva, marcar el 711 para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de California.

**APELACIONES ACELERADAS.** Usted o su representante puede pedir verbalmente que su apelación sea dirigida dentro de 72 horas si un retraso en los servicios pondrá en peligro su vida, su salud o su capacidad para lograr, mantener o recuperar el máximo funcionamiento. Si desea presentar por escrito, por favor, indique en el formulario de apelación porque solicita una apelación acelerada. Agradecemos que nos informe.

# FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA APELACIÓN

Fecha: \_\_\_\_\_ Sitio donde recibe atención: \_\_\_\_\_

Nombre y apellido: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ (de la casa) \_\_\_\_\_ (de trabajo)

Idioma de preferencia: \_\_\_\_\_

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

El motivo de la apelación: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Cómo cree usted que debemos solucionar esta situación?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

¿Es ésta una apelación acelerada? \_\_\_\_\_ **Sí** \_\_\_\_\_ **No**

Si la respuesta es sí, indique la razón por la que cree que esta apelación debe ser acelerada.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Si usted le ayudó a alguien a llenar este formulario, favor de escribir su nombre y apellido con letra de molde:

\_\_\_\_\_

¿Qué parentesco tiene usted con este consumidor?

\_\_\_\_\_

**HACEMOS LO POSIBLE** por apoyar a los consumidores tanto como a los proveedores de atención, pero comprendemos que a veces suceden las cosas de manera contraria a lo deseado. Usted está en su derecho de solicitar una apelación en caso de que el Fresno County Mental Health Plan (Plan de Salud Mental del Condado de Fresno) o una de las agencias o particulares que éste contrata haga alguno de lo siguiente:

- deniega o limita autorización de la atención que se solicitó, refiérase al tipo de atención o al nivel de la misma,
- reduce, interrumpe o abandona atención que se autorizó previamente,
- deniega pago parcial o total por atención,
- no provee atención de manera oportuna y
- no cumple con las fechas límites establecidas para concluir agravios convencionales, solucionar apelaciones convencionales o tramitar apelaciones aceleradas.

Si desea solicitar una apelación, favor de llenar el formulario correspondiente y envíelo a:

**Fresno County Mental Health Plan  
P.O. Box 45003  
Fresno, California 93718-9886**

Si usted es prestario de Medi-Cal, tiene derecho de solicitar una vista imparcial ante el estado a cualquier momento antes, durante o después del proceso resolutorio.

**OMBUDSMAN SERVICE  
(Oficina de Averiguación y Resolución)  
donde se investigan y deciden reclamaciones  
1-800-896-4042**

**PATIENTS' RIGHTS ADVOCATE  
(Oficina Defensora de los Derechos del Paciente)  
donde se le asiste con su reclamación  
(559) 492-1652**

**FRESNO COUNTY MENTAL HEALTH PLAN  
1-800-654-3937**