



**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

Appeals  
 Spanish 07/2017

**F**  
**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 a cerca 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? \_\_\_\_\_