

COMO PUEDO SOLICITAR CAMBIO DE PROVEEDOR?

- Si no esta satisfecho con su proveedor actual (Psiquiatra/PA/NP, Administrador de Casos, Terapeuta, Enfermera/o) tiene el derecho de solicitar cambio.
- Usted puede solicitar cambio llenando y presentando el formulario “Solicitud Para Cambio de Proveedor” y recibirá una decisión dentro de 10 días hábiles.

COMO PUEDO SOLICITAR UNA SEGUNDA OPINION

Clientes con Medi-Cal pueden solicitar una segunda opinión si se les negó servicios por no haber reunido los requisitos de la necesidad medica durante la Evaluación Inicial.

- Usted puede solicitar una segunda opinión llenando y presentando el formulario “Solicitud Para Una Segunda Opinión” y recibirá una decisión dentro de 15 días hábiles.

FORMULARIOS Y SOBRES

Formularios de Denuncias, Apelaciones, Petición para Cambio de Proveedor, Petición para Segunda Opinión y sobres con dirección impresa a Quality Management Unit se encuentran disponibles en la sala de espera de todas las clínicas y programas. Estos formularios se pueden presentar en la clínica/ programa o enviarse por correo en los sobres con dirección impresa.

SUS DERECHOS DURANTE LOS PROCESOS

- A no ser sujeto/a a consecuencia alguna ni discriminación por haber presentado una denuncia, apelación, audiencia imparcial estatal, solicitud para cambio de proveedor o solicitud para una segunda opinión.
- A que su confidencialidad sea protegida por la ley.
- A ser tratado con dignidad y respeto.
- Autorizar por escrito a una persona o proveedor para que actúe en su favor.
- A que una persona que le proporciona apoyo asista a las juntas con usted durante el proceso, con su autorización por escrito.

Para información o asistencia en presentar una denuncia, apelación, audiencia imparcial estatal, cambio de proveedor, y solicitud para segunda opinión, o para obtener información acerca del estado de su denuncia, apelación o audiencia imparcial estatal puede ponerse en contacto con:

Defensora de los Derechos del Paciente
al 1(442) 265-1561 o al 1(800) 817-5292

Leticia Plancarte-Garcia, Director
Departamento de Salud Mental
202 N. Eighth Street
El Centro, California 92243

July 2026



Procesos de Protección para el Beneficiario

Guía al Cliente

Departamento de Salud Mental

1 (442) 265-1525 o al 1 (800) 817-5292

Este folleto también esta disponible en letra grande y en Ingles, si desea una copia puede pedírsela a la recepcionista.

This brochure is also available in English and in large print. You can ask the receptionist for a copy.

Como miembro de Medi-Cal, usted tiene el derecho de usar el proceso de resolución de problemas para cualquier situación relacionada con los Servicios de Salud Mental Especializada o los Servicios del Sistema Organizado de Entrega de Medicamentos de Medi-Cal (DMC-ODS).

Usted también tiene el derecho de autorizar a otra persona o a su proveedor para que lo represente durante este proceso. No recibirá ninguna sanción ni será tratado de manera diferente por presentar una queja, una apelación o solicitar una Audiencia Estatal.

Los formularios para presentar una queja o una apelación están disponibles en inglés y español en el sitio web de ICBHS. Puede comunicarse con el Defensor de los Derechos de los Pacientes al (442-) 265-1561 o al 1-800-817-5292. El Defensor puede ayudarle a presentar una queja, una apelación o una Audiencia Estatal. También puede darle información sobre su caso. Los servicios gratuitos de asistencia en su idioma, incluyendo interpretes y otras ayudas para personas con discapacidades están disponibles sin costo. Comuníquese con el Defensor de los Derechos del Paciente para

recibir ayuda.

DENUNCIAS

Los miembros pueden presentar una queja de forma verbal o por escrito en cualquier momento si no está satisfecho con cualquier asunto que no sea una decisión sobre sus beneficios o una solicitud de ICBHS para extender el tiempo para tomar una decisión sobre una autorización. Una queja es cuando un miembro expresa que no está satisfecho con cualquier asunto relacionado con sus servicios.

Puede presentar una denuncia en cualquier momento de las siguientes maneras:

Correo Electrónico:

BHSPRA@co.imperial.ca.us

Por correo postal: Imperial County Behavioral Health Services Atención: Defensor de los Derechos de los Pacientes 202 N. 8th Street El Centro, CA 92243 o en cualquier clínica de ICBHS

En Persona: 202 N. 8th Street, El Centro, CA 92243 o cualquier clínica de ICBHS

Por teléfono: 1-800-817-5292 o 1-442-265-1525

Le avisaremos que recibimos su queja enviándole una carta dentro de los cinco (5) días calendario después de recibir su queja, o hablándole directamente dentro de un (1) día hábil. ICBHS resolverá su queja dentro de los treinta

(30) días calendario después de recibirla. Haremos lo posible para resolver su queja de la manera más rápida y sencilla.

APELACIONES

El Miembro tiene derecho de presentar una apelación, de forma verbal o por escrito, para solicitar una revisión de una Decisión Adversa sobre los beneficios. Usted tiene sesenta (60) días calendario a partir de la fecha que aparece en la Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD) para presentar una apelación.

Puede presentar una apelación de las siguientes maneras:

Correo Electrónico:

BHSPRA@co.imperial.ca.us

Por correo postal: Imperial County Behavioral Health Services Atención: Defensor de los Derechos de los Pacientes 202 N. 8th Street El Centro, CA 92243 o en cualquier clínica de ICBHS
En Persona: 202 N. 8th Street, El Centro, CA 92243 o cualquier clínica de ICBHS

Por teléfono: 1-800-817-5292 o 1-442-265-1525

Le avisaremos que recibimos su apelación enviándole una carta de confirmación dentro de los cinco (5) días calendario después de recibirla. Tomaremos una decisión sobre su apelación lo más pronto posible, pero no más de treinta (30) días calendario después de la fecha en que la recibimos. Usted puede pedir que su apelación sea revisada más rápido si esperar el tiempo puede

Poner en riesgo su salud mental su condición por el uso de sustancias o su capacidad para alcanzar mantener o recuperar el mejor nivel posible de funcionamiento. Si aprobamos su solicitud para una revisión rápida, tomaremos una decisión sobre su apelación dentro de setenta y dos (72) horas. Si no aprobamos su solicitud para una revisión rápida, su apelación seguirá el proceso normal y recibirá una decisión dentro de treinta (30) días calendario.

AUDIENCIA ESTATAL

Usted puede pedir una Audiencia Imparcial Estatal dentro de los ciento veinte (120) días calendario desde la fecha de Aviso de Resolución de la Apelación si mantenemos la Decisión Adversa sobre los Beneficios. También puede solicitar una Audiencia Estatal si no tomamos una decisión sobre su apelación a tiempo o si no le informamos correctamente sobre sus derechos. Mientras espera la decisión final de la Audiencia Estatal, usted tiene el derecho de seguir recibiendo servicios aprobados. Para obtener información, comuníquese con nuestro Defensor de los Derechos de los Pacientes al 442-265-1525.

CONTINUACION DE SERVICIOS

Mientras Espera la decisión final de su apelación o de una Audiencia Estatal, usted tiene derecho de seguir recibiendo servicios aprobados. Para obtener más información, comuníquese con nuestro Defensor de los Derechos de los Pacientes al 442-265-1525.