Si no está satisfecho con sus servicios de salud mental o sus servicios para trastornos por uso de sustancias, puede presentar una reclamación en cualquier momento. Una reclamación es una queja sobre cualquier asunto, excepto un «Aviso de Determinación Adversa de Beneficios» (NOABD).

Si recibe un trato injusto por sus rasgos personales, puede presentar una reclamación por discriminación llamando al:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos

Oficina de Derechos Civiles

(800) 368-1019

Deberá presentar la reclamación en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que el trato tuvo lugar.

Departamento de Servicios de Atención Médica de California

Oficina de Derechos Civiles

(916) 440-7370

Deberá presentar la reclamación en un plazo de 365 días a partir de la fecha en que el trato tuvo lugar.

Si quiere presentar una queja acerca de un NOABD, deberá solicitar una apelación. Deberá solicitar la apelación en un plazo de 60 días naturales a partir de la fecha que aparezca en el NOABD.

En este documento, «usted» significa usted o su representante autorizado.

PROCESO DE RECLAMACIÓN O APELACIÓN

* Antes de presentar una reclamación, debería hablar con su proveedor.
* Antes de solicitar una apelación, debe haber recibido un NOABD.

Puede completar un formulario de reclamación o apelación y enviarlo por correo postal a:

Fresno County Department of Behavioral Health

P.O. Box 45003

Fresno, CA 93718-9886

Puede coger un formulario y un sobre en cualquier sitio del proveedor.

Si no desea completar el formulario, también tiene la opción de llamar al 1-800-654-3937.

* Le enviaremos una carta cuando recibamos su reclamación o apelación.
* Tomaremos una decisión acerca de su reclamación en un plazo de 90 días naturales a partir de la fecha en que presentó dicha reclamación.
* Tomaremos una decisión acerca de su apelación en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que solicitó dicha apelación. Puede solicitar una decisión sobre la apelación en un plazo de 72 horas si esperar 30 días supone un riesgo para su vida, su salud o su capacidad de alcanzar, continuar o recuperar su funcionamiento pleno.

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la reclamación y tiene más información, puede presentar una segunda reclamación. Si no está satisfecho con la segunda decisión, llame a:

Departamento de Servicios de Atención Médica

Oficina de Ombudsman

(888) 452-8609

AUDIENCIA ESTATAL IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación o si no recibe una carta de decisión, puede solicitar una audiencia.

Deberá solicitar la audiencia en un plazo de 120 días a partir de la fecha en que recibió el NOABD. Puede solicitar una audiencia en:

California Department of Social Services

State Hearings Division

P.O. Box 944243, Mail Station 9-17-37 Sacramento, CA 94244-2430

 (800) 952-5253

SUS DERECHOS

No sufrirá ningún tipo de discriminación o represalias. Podemos ayudarle a completar el formulario y guiarle durante todo el proceso. También podemos ofrecerle servicios de apoyo, como por ejemplo un intérprete. Si tiene dificultades para hablar u oír, llame al número 711 para recibir ayuda.