

Si necesita ayuda para completar este formulario:

- Puede pedírsela a cualquier miembro del personal del Plan de Salud Mental.
- Puede llamar a Servicios del Afiliado.
(916) 875-6069
Número gratuito 1-888-881-4881
TTY (916) 876-5543
- Puede llamar a la Defensa de los Derechos del Paciente.
(916) 333-3800

Directorio de Supervisores del Condado de Sacramento

Phil Serna, 1^{er} Distrito
Patrick Kennedy, 2^{do} Distrito
Susan Peters, 3^{er} Distrito
Sue Frost, 4^{to} Distrito
Don Nottoli, 5^{to} Distrito

Ejecutivo del Condado

Navdeep S. Gill

Departamento de Salud y Servicios Humanos

Peter Beilenson, MD, MPH, Director

División de Salud Mental

Ryan Quist, Ph.D., Director

Sacramento County MHP complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex.

***Publicado por el Condado de Sacramento,
División de Salud Mental, 08-01-2017***



**Plan de Salud Mental del
Condado de Sacramento**

Formulario de Apelación

Normal / Expeditiva

Appeal Form – Spanish

Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management, Member Services
7001A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823

Estampilla
de
correos

**Sacramento County Mental Health Plan
Quality Management – Member Services
7001-A East Parkway, Suite 300M
Sacramento, CA 95823**

Formulario de Apelación

Aviso: Completar una Apelación siguiendo una Acción no afectará negativamente sus servicios con el Plan de Salud Mental del Condado de Sacramento. Servicios del Afiliado le responderá con una resolución dentro de los (45) cuarenta y cinco días para la Apelación Normal o (3) tres días hábiles para la Apelación Expeditiva. Si la Apelación Expeditiva se niega, se enviará un aviso por escrito al afiliado y comenzará el proceso de la Apelación Normal. Por favor, marque el casillero correspondiente:

Apelación Normal Apelación Expeditiva

Por favor use letra de molde o escriba de manera legible.

Fecha: _____ Lugar del servicio: _____

Nombre del cliente: _____ Fecha de nacimiento: _____

Si el cliente es menor de edad, ponga el nombre del guardián legal apelando en nombre del menor: _____

Domicilio (Ciudad/Estado/C.P.): _____

Número de teléfono (Por favor indique la mejor hora para llamar): _____

1. ¿Cuál es su Apelación? Por favor, describa este asunto con detalles específicos. Si es necesario adjunte más páginas.

2. Si ha marcado el casillero Expeditiva, diga por qué razón cree que esta Apelación necesita procesarse en forma urgente. Por favor, incluya la información lo más detallada posible. Si es necesario adjunte más páginas.

3. ¿Ha hablado este asunto con su prestador de servicios (coordinador de servicios, terapeuta, consejero, psiquiatra, etc...)? SÍ NO

4. ¿Qué desearía que suceda para resolver esta Apelación?

Firma de la persona que hace la Apelación: _____ Fecha de hoy: _____