

FORMULARIO DE APELACIÓN

Fecha _____

¿Quién puede utilizar este formulario? Este formulario es para personas que cuentan con un seguro del Plan de Salud de Oregon y cuyo plan de salud mental es Mid-Valley Behavioral Care Network (MVBCN).

Cuándo se debe utilizar este formulario. Usted puede utilizar este formulario si recibió un Aviso de Acción sobre sus servicios de salud mental y desea solicitar la revisión de esta decisión. *A esto se le llama presentar una Apelación.* Llene ambas páginas de este formulario y firme la página 2. Devuelva el formulario debidamente lleno a la oficina de MVBCN enviándolo a la dirección enlistada en la página 3.

¿Desea recibir mayor información sobre la presentación de una Apelación? Consulte el documento “Cómo Presentar una Apelación” de MVBCN o póngase en contacto con la oficina de MVBCN.

PARTE 1 Si usted está llenando esta Apelación para sí mismo, anote su *propia* información. Si usted está llenando esta Apelación para otra persona, anote la información de *esa persona*.

Nombre Completo _____ # de Teléfono Principal _____

Dirección Postal _____ # de Teléfono Alternativo _____

de ID del Plan de Salud de Oregon _____ Fecha de Nacimiento _____

PARTE 2 Si usted está llenando esta Apelación en representación de la persona enlistada en la Parte 1, anote su *propia* información.

Nota importante: Si usted no es un Representante del Miembro autorizado para la persona enlistada en la Parte 1, dicha persona debe firmar un formulario de autorización para permitir que usted pueda presentar esta Apelación.

Nombre Completo _____ # de Teléfono Principal _____

Dirección Postal _____ # de Teléfono Alternativo _____

¿Cuál es su relación con la persona enlistada en la Parte 1? Esta persona es mi:

PARTE 3 Responda a las siguientes preguntas. Utilice hojas de papel adicionales en caso de ser necesario.

1. ¿Recibió usted un Aviso de Acción en relación con los servicios prestados a la persona enlistada en la Parte 1?

MARQUE UNA RESPUESTA:

SI Si usted respondió *SI*: Responda a las preguntas 2, 3 y 4.

NO Si usted respondió *NO*: Utilice el Formulario de Quejas del OHP. Póngase en contacto con la oficina de MVBCN para solicitar este formulario.

Continúa en la página 2 ➡

Usted puede obtener este formulario en un formato distinto o con un tamaño de letra más grande. También es posible obtener este formulario en algunos idiomas distintos al español. Comuníquese a la oficina de MVBCN para solicitarlo.

PARTE Continúa de la página 1

3

2. Explique por qué desea solicitar la revisión de la decisión contenida en el Aviso de Acción.

3. ¿Desea usted que continúen los servicios para la persona enlistada en la Parte 1 mientras se revisa la decisión?

MARQUE UNA RESPUESTA: **NO APLICA** **SI** **NO**

Si usted respondió SI: De continuar los servicios, es posible que la persona enlistada en la Parte 1 o el Representante del Miembro autorizado tenga que pagar el costo de los servicios recibidos si la decisión de la Apelación no le favorece a dicha persona.

4. En relación con la persona enlistada en la Parte 1, ¿considera usted que su vida, su salud o su capacidad para funcionar esté en riesgo severo?

MARQUE UNA RESPUESTA: **SI** **NO**

Si usted respondió SI: Comuníquese de inmediato a la oficina de MVBCN marcando el número telefónico enlistado a continuación para solicitar una Apelación Urgente. Si la situación cumple con las condiciones para ser considerada como una Apelación Urgente, la decisión sobre la Apelación se tomará en un lapso de 3 días hábiles en vez de los 16 días naturales que normalmente toma.

No es necesario que usted llene este formulario si la situación cumple con las condiciones para ser considerada como una Apelación Urgente. Si su solicitud no puede ser tratada como una Apelación Urgente, la Apelación seguirá el proceso estándar, en cuyo caso usted debe firmar este formulario.

PARTE Firma/s

4

Firma de la persona enlistada en la Parte 1

Firma de la persona enlistada en la Parte 2

Por favor lea la siguiente sección antes de firmar este formulario.

Usted debe firmar este formulario para presentar la Apelación. Si alguna otra persona está presentando la Apelación en representación suya, entonces es necesario anotar la información de dicha persona en la Parte 2 y ambos deben firmar este formulario.

Su Apelación será confidencial en cumplimiento con los reglamentos y las leyes federales y estatales. Únicamente MVBCN, la agencia que provee el tratamiento, su proveedor médico y/o la División de Adicciones y Salud Mental del Departamento de Servicios Humanos del Estado de Oregon tendrán acceso y podrán comentar su información confidencial, ya sea para la investigación y resolución de su Apelación o para ciertos otros propósitos requeridos. No es necesario que usted firme una autorización para que esto ocurra.

Usted puede solicitar que otra persona presente la Apelación en representación suya. Si esta persona es un Representante del Miembro autorizado, no es necesario que usted firme un formulario de autorización. Dicha persona puede tener acceso y comentar su información confidencial a fin de ayudar con la investigación y resolución de su Apelación. Si la persona no es un Representante del Miembro autorizado, es necesario que usted firme un formulario de autorización.

Continúa en la página 3 ➡

PARTE Continúa de la página 2

4

Notas importantes:

- Si usted tiene de 14-17 años de edad y ha aceptado recibir un tratamiento de salud mental sin involucrar a sus padres o a su tutor legal, usted puede presentar este formulario sin necesidad de obtener la firma de otras personas.
- Si usted es un padre o tutor legal y la persona enlistada en la Parte 1 es menor de 18 años de edad, usted puede firmar este formulario sin necesidad de obtener la firma de dicha persona, a menos de que la persona tenga de 14-17 años de edad y haya aceptado recibir un tratamiento de salud mental sin involucrar a sus padres o a su tutor legal.
- Si existe algún otro motivo por el cual usted está autorizado para presentar esta Apelación sin la firma de la persona enlistada en la Parte 1, deberá proporcionar la documentación que lo compruebe al presentar esta Apelación.

Dónde devolver este formulario

Mid-Valley Behavioral Care Network
Attn: Appeals
1660 Oak Street SE, Suite 230
Salem, Oregon 97301

Llame si necesita ayuda para llenar este formulario:

En Salem: 503-361-2647
Teléfono Sin Costo: 1-866-422-6647

Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones de Oregon:
TTY o Voz: 711 • VCO: 1-800-735-3260