

PREGUNTAS Y PREOCUPACIONES

Se le recomienda a los pacientes que dialoguen sus servicios de salud mental con su médico u otro proveedor de servicios.

Para contactar Proveedores contratados por el Plan de Salud Mental contacte (llame gratis) 1-800-555-5906

A petición de beneficiario de Medi-Cal, El Plan de Salud Mental del Condado de Mendocino (MHP) Deberá proveer una segunda opinión por un profesional de Salud Mental con licencia cuando el MHP o sus proveedores determinen que el criterio de la necesidad médica para recibir servicios de Salud Mental especiales no se han cumplido y el beneficiario por lo tanto no necesita servicios de Salud Mental Especial de MHP. El MHP determinará cuando se requiera la segunda opinión o se requiera una visita cara a cara con el beneficiario.

Para solicitar una Segunda opinión complete la forma que se encuentra en la parte de atrás de este folleto y déselo a la recepcionista o tráigalo personalmente o mándelo por correo a:

Mendocino County Mental Health Plan
QA/QI Unit
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482

También puede llamar al 707-472-2309.

Para asistencia en llenar esta forma Puede contactar al:

**Defensor de los Derechos de pacientes
(707) 463-4614**

**Plan de Salud Mental (MHP)
24 Horas Línea de acceso
1-800-555-5906**

Asistencia gratis de intérpretes y los servicios TTY/TDD están disponibles. Por favor informe a la recepcionista de sus necesidades.



Agencia de Servicios Humanos y Salud Salud Mental

Petición por una Segunda opinión

Como una persona elegible para Medi-Cal, usted tiene el derecho de recibir los servicios médicos especiales necesarios de salud mental del Plan de Salud Mental (MHP).

Cuando usted tenga acceso a estos servicios, usted tiene el derecho a una Segunda opinión sin costo adicional para usted cuando el MHP o sus proveedores determinen que el criterio de la necesidad médica para recibir Servicios de Salud Mental especiales no se han cumplido y el beneficiario por lo tanto no necesita servicios de Salud Mental Especial de MHP.

Su petición para una Segunda opinión será revisada por el gerente clínico QA/QI y se le dará seria consideración. Usted puede esperar una respuesta en (10 días hábiles).

PARA PEDIR UNA SEGUNDA OPINIÓN

FECHA: _____

PARA: Salud Mental QA/QI Unit, 1120 South Dora Street, Ukiah, CA 95482

FROM: _____
(Nombre del Cliente)

(Padres o Guardián, si la solicitud es para un niño o para un joven)

Yo solicito una segunda opinión por la siguiente razón (es):

El proveedor que hizo la evaluación de necesidad
medical no fue aprobada: _____

- MARQUE UNO:** He discutido mis preocupaciones con este trabajador clínico
- No he discutido mis preocupaciones con este trabajador clínico

Yo entiendo que a esta solicitud se le dará una consideración seria y que yo puedo esperar una respuesta dentro de 10 días de trabajo.

RESPONDAME POR TELEFONO: _____
(Numero de teléfono)

RESPONDAME POR CORREO: _____
(Dirección de su casa)

(Ciudad, Estado, Zona Postal)