

PROCESO DE APELACIÓN DE INSCRIPCIÓN POR LA JUNTA DIRECTIVA DEL CMSP

Si se le notifica que no está inscrito en el programa Camino a la Salud y cree que esta decisión es incorrecta, usted o su representante autorizado pueden apelar la decisión.

Para solicitar ser inscrito en Camino a la Salud, comuníquese con la Junta Directiva del CMSP llamando al número (916) 649-2631 y marcando la opción 1. También puede enviar una carta o un fax a la Junta Directiva del CMSP a:

CMSP Governing Board
Attn: Path to Health Enrollment Coordinator
1545 River Park Drive, Suite 435
Sacramento, CA 95815
Fax: (916) 649-2606

Debe solicitar una apelación dentro de los diez (10) días corridos a partir de la fecha en la que usted intentó inscribirse. La Junta Directiva del CMSP acusará recibo de su apelación, revisará el asunto y le enviará una carta con su decisión dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la fecha en la que recibió su apelación. Usted puede solicitar una revisión acelerada de su apelación y la Junta Directiva del CMSP determinará si sus circunstancias justifican que se realice una revisión acelerada.

Audiencia de inscripción con la Junta Directiva del CMSP

Si no está satisfecho con alguna decisión relacionada con el rechazo de su inscripción en el programa Camino a la Salud, tiene derecho a solicitar una audiencia con la Junta Directiva del CMSP **después** que haya apelado la decisión de inscripción. Si desea una audiencia de inscripción, debe solicitarla dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la fecha del matasellos de la carta de decisión de la apelación que le notifica que la Junta Directiva del CMSP rechazó su apelación.

Para solicitar por escrito una audiencia relacionada con su inscripción en el programa Camino a la Salud, siga los siguientes pasos:

1. Llene el formulario de solicitud de audiencia de inscripción y coloque su firma al final.
2. Adjunte una copia de la carta de la Junta Directiva del CMSP en la que comunica su decisión respecto de la apelación.
3. Envíe por fax o por correo el formulario lleno y firmado a:

ATTN: Path to Health Enrollment Hearings
CMSP Governing Board
1545 River Park Drive, Suite 435
Sacramento, CA 95815
Fax: (916) 848-3349

NOTA: Una solicitud de audiencia de inscripción en Camino a la Salud que **no** incluya toda la información antes descrita será devuelta sin ser examinada. Puede volver a enviar la solicitud de audiencia de inscripción en Camino a la Salud dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la fecha de recepción de una decisión de apelación de inscripción tomada por la Junta Directiva del CMSP o dentro de los diez (10) días hábiles de haber recibido la solicitud devuelta, de los dos plazos el que sea más tardío.

Recibirá un acuse de recibo de la solicitud para una audiencia de inscripción al CMSP dentro de los diez (10) días hábiles a partir de la fecha en la que la Junta Directiva del CMSP haya recibido su solicitud. La Junta Directiva del CMSP programará una audiencia de inscripción en Camino a la Salud dentro de los treinta (30) días corridos a partir de la fecha de recepción de la solicitud de audiencia. La Junta Directiva del CMSP le notificará de la audiencia programada. Usted recibirá una notificación por escrito de la hora, fecha y lugar de la audiencia y una copia escrita de la posición de la Junta Directiva del CMSP al menos diez (10) días hábiles antes de la fecha de la audiencia.

Usted tiene derecho a ser representado durante la audiencia por otra persona de su elección (un pariente, un amigo, un abogado u otro representante). También puede recibir asesoramiento legal llamando a la agencia de asistencia o servicios legales más cercana. Puede tener testigos en la audiencia y presentar pruebas.

Se emitirá una decisión de la audiencia dentro de los treinta (30) días siguientes a la finalización de la audiencia. Usted recibirá una copia escrita de la decisión de la audiencia dentro de los diez (10) días siguientes a la recepción de la decisión por parte de la Junta Directiva del CMSP. La decisión de la audiencia es la determinación final del asunto.

DECLARACIÓN RESPECTO DE LA LEY DE PRÁCTICAS DE INFORMACIÓN

La información solicitada en el formulario de solicitud de audiencia de inscripción será usada por la Junta Directiva del CMSP para resolver su queja con respecto a su inscripción en Camino a la Salud. Rellenar el formulario es voluntario, y este debe ser entregado a la Junta Directiva del CMSP si desea solicitar una audiencia de inscripción en Camino a la Salud. Toda la información que usted entregue es confidencial, y será proporcionada solo a la Junta Directiva del CMSP, salvo que las leyes dispongan lo contrario. Para más información sobre el uso de esta información o al acceso a sus registros, póngase en contacto con la Junta Directiva del CMSP, 1545 River Park Drive, Suite 435, Sacramento, CA 95815 (teléfono 916-649-2631).

**SOLICITUD PARA AUDIENCIA DE INSCRIPCIÓN EN CAMINO A LA SALUD
POR LA JUNTA DIRECTIVA DEL CMSP**

INSTRUCCIONES: Complete todos los datos que se indican a continuación.

Yo, _____, teléfono durante el día () _____,
dirección _____, solicito por este medio una audiencia
respecto a acciones tomadas por la Junta Directiva del CMSP en relación con el programa Camino a la Salud.

Explique su queja en relación con su inscripción en Camino a la Salud. Adjunte una hoja adicional si es necesario.

A. ¿Cuál es la decisión que usted quisiera que reveamos? *(Dénos detalles acerca de la decisión que usted quisiera que reveamos e incluya una copia de la carta que recibió de la Junta Directiva del CMSP).*

B. ¿Por qué cree que esta decisión es equivocada? *(Escriba su motivo a continuación).*

C. ¿Qué desearía usted que hagamos? *(Escriba su respuesta a continuación).*

D. ¿Qué más quisiera usted que sepamos? *(¿Hay alguna otra información que usted cree que nos ayudaría para rever nuestra decisión? (Escriba la información a continuación o envíe otros documentos que nos ayuden a entender).*

3. Fecha(s) de la queja (indique el mes/día/año en que ocurrió el problema).

4. Nombre de la clínica involucrada

5. Número de teléfono
del prestador

6. Dirección de la clínica involucrada

7. Número de su tarjeta de identificación de beneficios (BIC) (indique el número de identificación que se encuentra en la cuarta línea, en la esquina superior izquierda de la tarjeta de identificación de beneficios del estado de California)

8. Válida hasta

La información que he proporcionado aquí es completa y precisa a mi leal saber y entender. La Junta Directiva del CMSP tiene mi permiso para obtener información acerca de este caso del proveedor de servicios médicos.

9. Firma

10. Fecha

11. Firma de la persona que ha ayudado al solicitante *(si este formulario fue completado por otra persona)*

12. Fecha