

¿Cómo funcionan los CMH?

El Servicio al Cliente es su primer contacto para preguntas sobre el servicio. El Servicio al Cliente responderá sus preguntas o lo derivará a la persona adecuada. Creemos que la información es una forma muy importante de brindarle opciones y servicios que lo ayuden a alcanzar sus metas. Algunos de sus derechos se explican en este folleto. Si tiene otras preguntas, comuníquese con su Especialista de Servicio al Cliente o con la Oficina de Derechos de los Beneficiarios.

SERVICIO AL CLIENTE

Si tiene preocupaciones o necesita ayuda con un servicio de salud conductual, le animamos a que se ponga en contacto con su Especialista de Servicio al Cliente. El Servicio al Cliente está disponible para ayudarlo a navegar el sistema de salud mental público desde su primera experiencia durante su primera visita y evaluación para servicios, durante todo su cuidado. El Servicio al Cliente puede ser contactado al 1-800-337-8598.

OFICINA DE DERECHOS DEL BENEFICIARIO

La Oficina de Derechos del Beneficiario tiene la autoridad bajo la ley de Michigan para tomar medidas para prevenir las violaciones de los derechos legales de los beneficiarios de los servicios, investigar las quejas de violaciones de estos derechos y hacer cumplir las soluciones cuando se encuentren violaciones. Usted tiene el derecho de contactar a la Oficina de Derechos del Beneficiario siempre que tenga preguntas sobre sus derechos legales o sienta que sus derechos han sido violados. El personal de la Oficina puede abogar, interceder o investigar en su nombre o derivarlo a grupos o agencias de defensa que puedan ayudar a responder sus preguntas o resolver su queja. La Oficina de Derechos del Beneficiario puede ser contactada al (231) 935-3873 o llamando gratis al 1-800-337-8598 (pregunte por la Oficina de Derechos del Beneficiario).

¿A quién contactar?

Si una persona está en riesgo inmediato de causarse un daño grave a sí misma o a otra persona, llame al 911

Para crisis llame al 1-833-295-0616 (TTY 711)

Para acceder a los servicios llame al (231) 922-4850 o al 1-800-492-5742 o a una de las cuatro oficinas enumeradas a continuación

Para acceder a los servicios de trastornos por consumo de sustancias, llame a NMRE al 1-800-834-3393

HORARIOS DE OFICINA LUNES a VIERNES 8:00 AM-5:00 PM

OFICINAS ADMINISTRATIVAS

105 Hall Street, Suite A Traverse City, MI 49684 (231) 922-4850	2715 South Townline Road Houghton Lake, MI 48629 (989) 366-8550
---	---

527 Cobb Street Cadillac, MI 49601 (231) 775-3463	204 Meadows Drive Grayling, MI 49738 (989) 348-8522
---	---

www.northernlakescmh.org

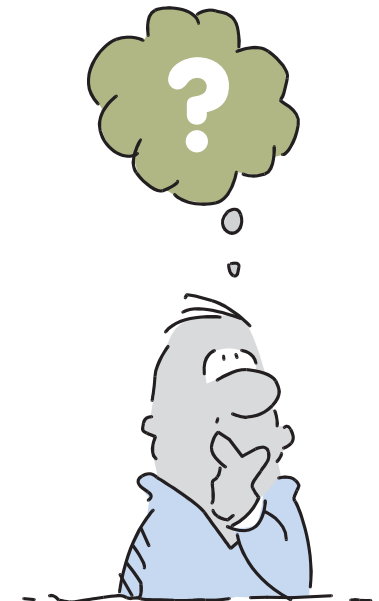
Si habla un idioma distinto al inglés, hay servicios de asistencia lingüística disponibles para usted, sin costo alguno. Llame a Servicios al Cliente al 1-800-337-8598 (TTY 711). Northern Lakes Community Mental Health Authority (NLCMHA) cumple con las leyes federales vigentes sobre derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. NLCMHA es miembro de la Entidad Regional del Norte de Michigan (www.nmre.org) y recibe su financiación principal del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan.

Esta información fue revisada por consumidores.

ENERO 2025



Preguntas y Quejas



northernlakescmh.org

¿Qué puedo hacer si no estoy contento con los servicios?

Una queja o reclamo es cualquier expresión de insatisfacción con asuntos relacionados con los servicios que no involucren una denegación, suspensión, reducción o terminación de un servicio de salud mental o una violación sospechosa de sus derechos. Usted puede presentar una queja en cualquier momento y no hay límites de tiempo para presentar una queja.

Northern Lakes Community Mental Health Authority (NLCMHA) debe responder a su queja por escrito a más tardar 60 días calendario (si usted no recibe Medicaid) o 90 días calendario (si usted recibe Medicaid). Si usted es un beneficiario de Medicaid y su queja no se aborda dentro de 90 días, puede solicitar una audiencia administrativa.

¿Qué puedo hacer si se violan mis derechos?

Usted o cualquier persona en su nombre puede presentar una queja de Derechos del Beneficiario en cualquier momento si tiene motivos para creer que NLCMHA o cualquiera de sus proveedores contratados han violado sus derechos. Usted puede realizar una queja de derechos por escrito o llamando o pidiendo hablar con un Oficial de Derechos del Beneficiario. Cuando solicite servicios, recibirá una copia de un libro titulado "Sus derechos". En él encontrará un formulario de queja de Derechos del Beneficiario. Los formularios de quejas también están disponibles en todas las ubicaciones de servicio.

Cuando presente una queja de derechos del destinatario, la Oficina de Derechos del Beneficiario responderá en un plazo de 5 días hábiles y, en la mayoría de los casos, un oficial de derechos le pedirá que hable por teléfono o en persona. La Oficina de Derechos del Beneficiario investigará cuidadosamente y objetivamente su queja y le proporcionará una respuesta de manera oportuna. En la mayoría de los casos, la Oficina completará una investigación dentro de 90 días. Dentro de 10 días, recibirá un informe del Director Ejecutivo de NLCMHA que resume los hallazgos de la investigación. Si la Oficina determina que se han violado sus derechos legales, usted tiene derecho a que se corrija el problema y a esperar que se tomen medidas para evitar que se repita.

Si usted no está de acuerdo con el resultado de una queja de derechos del beneficiario, tiene derecho a apelar al Comité de Apelaciones de Derechos del Beneficiario de NLCMHA. En algunos casos, se puede presentar una apelación de segundo nivel ante el Tribunal Administrativo del Estado de Michigan.

¿Qué puedo hacer si no estoy satisfecho con mi Plan Centrado en la Persona o con mi trabajador?

Hable con su coordinador de servicios. Su coordinador de servicios es su terapeuta, administrador de casos, coordinador de apoyo, defensor de ACT, enfermero o su supervisor. Si usted está insatisfecho con sus servicios, tiene derecho a hablar con la persona que se encarga de supervisarlos. Si usted no está satisfecho con la persona que supervisa sus servicios, tiene derecho a hablar con la persona a cargo de la supervisión.

Si no está satisfecho con su plan de servicios, puede solicitar una revisión de su plan, la cual su trabajador realizara con usted dentro de los 30 días. También tiene derecho a elegir el proveedor. Si no está contento con sus servicios, trabajaremos juntos para resolver sus preocupaciones. También puede llamar al coordinador de reclamos y apelaciones o a las oficina de derechos del destinatario para obtener información, abogancia o para presentar una queja.

¿Qué puedo hacer si se niega mi solicitud de servicios?

Usted tiene el derecho a recibir una segunda opinión sin costo en cualquier momento en que se haya denegado una solicitud de servicios iniciales o internación hospitalaria. A su solicitud, le proporcionaremos una segunda opinión dentro de los 5 días hábiles siguientes a la fecha en que lo solicitó si se trata de un servicio o dentro de 3 días hábiles si se le ha denegado la internación hospitalaria.

Puede solicitar una segunda opinión acelerada y urgente. Si se aprueba esta solicitud, recibirá una decisión dentro de un plazo máximo de 3 días hábiles para una denegación de servicios o 24 horas para una denegación de internación hospitalaria.

¿Qué sucede si se sigue denegando mi solicitud de servicios o se reduce o suspende la cantidad de servicios?

Se le debe proporcionar un "Aviso de Acción". Hay dos tipos de avisos (Adecuado y de Antelación). Cada aviso debe contener la fecha de inicio de la acción y la fecha en que se creó el aviso.

Aviso Adecuado: Se le debe proporcionar en el momento en que se toma la decisión de denegar o limitar la cantidad del servicio que ha solicitado.

Aviso de Antelación: Se le debe proporcionar a usted no menos de 30 días calendario (si no recibe Medicaid) o 10 días calendario (si recibe Medicaid) antes de que una reducción, suspensión o terminación de un servicio de salud mental entre en vigencia.

Resolución de Apelación Local:

Este es un proceso que usted, su tutor, padre u otro representante legal, o su proveedor pueden utilizar para solicitar una revisión de la decisión de denegar, suspender, reducir o terminar sus servicios de salud mental. Además, su proveedor, con su consentimiento escrito, también puede presentar una apelación en su nombre.

Debe realizar esta solicitud dentro de los 30 días calendario a partir de la recepción del Aviso (si no recibe Medicaid) o 60 días calendario a partir de la fecha del Aviso (si recibe Medicaid).

Audiencia Administrativa:

Si recibe Medicaid, puede solicitar una Audiencia Administrativa. Se trata de una audiencia a nivel estatal que realiza un juez de derecho administrativo que completa una revisión justa de la decisión adoptada por NLCMHA o sus agencias contratantes con respecto a la denegación, suspensión, reducción o terminación de sus servicios de salud mental.

Solo se cubren servicios de Medicaid. Usted tiene hasta 120 días calendario a partir de la fecha de notificación de la resolución de la apelación local para solicitar esto. **Si tiene Medicaid, solo puede solicitar una Audiencia Administrativa después de pasar por la Resolución de Apelación Local.**

Puede solicitar que se continúe o reinstale el servicio afectado durante el proceso de audiencia si hace su solicitud dentro de los 10 días siguientes a la fecha de notificación de la resolución de la apelación local, pero **puede ser responsable del pago de estos servicios continuados si se determina que:**

- 1) La decisión original se mantendrá (a favor de la decisión del CMH)
- 2) Si usted o su representante no se presentan a la audiencia.
- 3) Si usted decide retirar su solicitud de audiencia.

Resolución de Disputas Alternativa:

Este es un proceso de apelación a nivel estatal para personas que no tienen Medicaid, que es llevado a cabo por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS). MDHHS realizará una revisión imparcial de una decisión tomada por NLCMHA o sus agencias contratadas cuando se niega, suspende, reduce o termina un servicio. Para solicitar esto, primero debe utilizar el proceso de Resolución de Apelación Local. Para ser elegible para esto, debe realizar su solicitud dentro de los 10 días hábiles a partir de la fecha del aviso de Resolución de Apelación Local.

Revisión Acelerada (Rápida):

Si cree que su vida, salud o su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar la máxima funcionalidad se vería gravemente comprometida al esperar una decisión, usted o su padre, tutor o representante legal (o con su permiso por escrito, su proveedor), pueden solicitar una "Revisión Acelerada" de su apelación.

Si se aprueba una solicitud de apelación local acelerada, recibirá una decisión sobre su apelación a más tardar 72 horas (para Medicaid) o 3 días hábiles (para no Medicaid) después de que recibamos su apelación o 24 horas para una emergencia o la denegación de una hospitalización de internamiento, a partir de la fecha en que se solicite.

Si se deniega su solicitud de revisión acelerada, se le proporcionará la decisión de la apelación local lo antes posible, pero no más tarde de 30 días (si recibe Medicaid)

o 45 días (si no recibe Medicaid).

El personal de Servicio al Cliente y la Oficina de Derechos del Destinatario estará encantado de responder sus preguntas sobre estas opciones.