

determinen que el criterio de la necesidad medica para recibir Servicios de Salud Mental Especiales no se an cumplido y el beneficiario por lo tanto no necesita servicios de Salud Mental Especial de MHP.

Su petición para una segunda opinion sera revisada por el gerente clínico QAPI y se le Dará seria consideración. Usted puede esperar una respuesta en (10) diez días hábiles.

PREGUNTAS Y PREOCUPACIONES

Se le recomienda a los pacientes que dialoguen sus servicios de salud mental con su medico 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 opinion por un profesional de Salud Mental con licencia cuando el MHP o sus proveedores determinen que el criterio de la necesidad medica 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 determinara cuando se requiera la segunda opinión o se requiera una vista cara a con el beneficiario.

Para solicitar una Segunda opinion 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
Quality Assessment & Performance
Improvement Program
1120 South Dora Street
Ukiah, CA 95482

Tambien 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 del Condado de Mendocino (MHP) ofrece asistencia gratuita de interpretación, lenguaje de Sígnos Americano y servicios de difusión de California (TTY/TDD) para los beneficiarios que soliciten o acceso a los servicios.

Estos servicios pueden ser requeridos con cualquier proveedor del Plan de Salud Mental o llamando al:

1-800 -555-5906.

Agencia de Salud y Servicios Humanos Comportamiento de la Salud y Servicios de Recuperación Plan de Salud Mental



Petición por una Segunda Opinion

**Plan de Salud Mental 24-horas
Linea de Acceso 1-800-555-5906
(Número de teléfono gratuito)**

Esta información está disponible en letra grande y audio, por favor vea la recepcionista o llame 1-800-555-5906

Brochure is available in English, please see the reception or call 1-800-555-5906.

Como una persona elegible para Medi-Cal, usted tiene el derecho de recibir los servicios medicos 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 opinion sin costo adicional para usted cuando el MHP o sus proveedores

English

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Español (Spanish)

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

繁體中文 (Chinese)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-555-5906 (TTY : 1-800-735-2929) 。

Tiếng Việt (Vietnamese)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

한국어 (Korean)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 번으로 전화해 주십시오.

Tagalog (Tagalog – Filipino)

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

Русский (Russian)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-800-555-5906 (телетайп: 1-800-735-2929).

فارسی (Farsi)

توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما (TTY: 1-800-555-5906) فراهم می باشد. ب تماس بگیرد. (TTY: 1-800-735-2929).

日本語 (Japanese)

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-800-555-5906 (TTY:1-800-735-2929) まで、お電話にてご連絡ください。

हिंदी (Hindi)

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) पर कॉल करें।

Հայերեն (Armenian)

Ուշադրություն: Եթե խոսում եք հայերեն, ապա ձեզ անվճար կարող են տրամադրվել լեզվական աջակցություն ծառայություններ: Ձանգահարեք 1-800-555-5906 (TTY (հեռատիպ)՝ 1-800-735-2929):

Hmoob (Hmong)

LUS CEEV: Yog tias koj hais lus Hmoob, cov kev pab txog lus, muaj kev pab dawb rau koj. Hu rau 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

ਪੰਜਾਬੀ (Punjabi)

ਧਿਆਨ ਦਿਓ: ਜੇ ਤੁਸੀਂ ਪੰਜਾਬੀ ਬੋਲਦੇ ਹੋ, ਤਾਂ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾ ਤੁਹਾਡੇ ਲਈ ਮੁਫਤ ਉਪਲਬਧ ਹੈ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ

العربية (Arabic)

فإن اللغة، انكرت تحدث كنت إذا ملحوظة. بالمجان لك توافر ال لغوية المساعدة خدمات هلتف رقم (1-800-555-5906) ب رقم ات صل: (TTY: 1-800-735-2929)

ภาษาไทย (Thai)

เรียน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บริการช่วยเหลือทางภาษาได้ฟรี โทร 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

ខ្មែរ (Cambodian)

ប្រយ័ត្ន: រសើរ ិសជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, រសវាជំនួយមននកភាសា រោយមិនគិត ូន គីអាចមានសំរាប់ ំរ អុើ នក្ស ចូ ទូ ស័ព្ទ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929)។

ພາສາລາວ (Lao)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທອ 1-800-555-5906 (TTY: 1-800-735-2929).

**Agencia de Salud y Servicios Humanos
Comportamiento de la Salud y Servicios de Recuperación
Plan de Salud Mental**



PARA PEDIR UNA SEGUNDA OPINIÓN

FECHA: _____

PARA: Salud Mental- Quality Assessment & Performance Improvement Program (QAPI)
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)