

PLAN DE SALUD MENTAL DEL CONDADO IMPERIAL
202 North Eighth Street
El Centro, CA 92243

Formulario Para Apelación Urgente

Instrucciones: Usted puede presentar una apelación en cualquier clínica/programa de ICBHS o envíe por correo el Formulario para Apelación Urgente en los sobres con dirección impresa a Imperial County Behavioral Health Services, Quality Management Unit, 202 N. Eighth Street, El Centro, California 92243. Usted no será sujeto a ningún castigo o discriminación por haber presentado una Apelación. Para asistencia o información acerca del estado de su Apelación, llame al Representante de los Derechos de los Pacientes al 1-800-817-5292. El reverso de este formulario le provee información importante acerca del proceso de una apelación.

Nombre del Cliente:		Fecha de Nacimiento:		Fecha:	
Dirección:		Ciudad:	Estado:	Código Postal:	
Teléfono(s): Casa:			Celular:		
Representante:			Parentesco:		

Solicito se revise la determinación adversa de beneficio/acción tomada por el departamento de Salud Mental del Condado Imperial (ICBHS).

Estoy en desacuerdo con la decisión de ICBHS. Necesito urgentemente los ☐ Servicios de Salud Mental o ☐ Servicios de Tratamiento para Trastornos por Uso de Sustancias por la siguiente razón:

☐ Solicito la continuación de servicios durante esta Apelación. El reverso de este formulario le provee información importante acerca del proceso de una apelación.

Yo entiendo que recibiré una decisión acerca de mi petición dentro de 72 horas.

Individuo/Representante: _____
Firma Fecha

USTED PUEDE PRESENTAR UNA APELACION (Solo beneficiarios de Medi-Cal)

a) Si usted no está de acuerdo con la decisión del Departamento de Salud Mental del Condado Imperial (ICBHS siglas en inglés) de negar, limitar, reducir o cerrar sus servicios de salud mental o servicios de tratamiento por uso de sustancias; b) Si ICBHS no le proporcione servicios (su primera cita) oportunos; c) Si ICBHS no finalizo la resolución de su denuncia o apelación dentro del tiempo requerido.

COMO PRESENTAR UNA APELACION (Solo beneficiarios de Medi-Cal)

Usted tiene **60 días** de la fecha en esta “Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD siglas en inglés)” para presentar una apelación.

Puede solicitar una apelación en persona en cualquier clínica/programa, por teléfono o por escrito. Si usted solicita una apelación por teléfono debe de darle seguimiento por escrito incluyendo su firma. ICBHS le proveerá asistencia gratis si usted necesita ayuda.

- **Para apelar por teléfono:** llame a Imperial County Behavioral Health Services entre 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Lunes a viernes al 1-800-817-5292. O, si usted tiene problemas auditivos (para escuchar) o del habla, por favor llame al número TTY/TTD 1(442) 265-1525 o 1(800) 539-8868, entre 8:00 a.m. y 5:00 p.m. de lunes a viernes para recibir ayuda.
- **Para apelar por escrito:** Llene el formulario para Apelación, o escriba una carta y envíela a:

Imperial County Behavioral Health Services
Quality Management Unit
202 N. Eighth Street
El Centro, CA 92243

Su proveedor tiene formularios de apelación disponibles. Imperial County Behavioral Health Services puede enviarle un formulario también.

Usted puede solicitar una apelación por sí mismo. O, alguien tal como un familiar, amigo, defensor, proveedor, o un abogado puede solicitar una apelación por usted. Esa persona es nombrada un “Representante Autorizado.” Usted puede enviar cualquier tipo de información que desee para que ICBHS la revise. Su apelación será revisada por un proveedor diferente a la persona que hizo la primera decisión.

CONTINUACION DE SERVICIOS DURANTE SU APELACION (Solo beneficiarios de Medi-Cal)

Usted puede solicitar continuación de servicios si su apelación implica la cancelación, suspensión, o reducción de servicios que previamente fueron autorizados. **Si usted está recibiendo tratamiento actualmente y quiere continuar recibiendo tratamiento, usted debe de solicitar una apelación dentro de 10 días** de la fecha en que ICBHS le envió la notificación NOABD O antes de la fecha en que ICBHS le dijo que sus servicios terminarían. Usted debe notificar que quiere seguir recibiendo tratamiento cuando presente la apelación.

APELACION ESTANDAR (Solo beneficiarios de Medi-Cal)

ICBHS tiene 30 días del día en que recibió su apelación para darle una respuesta. Entonces, usted recibirá la carta “Notificación de la Resolución de su Apelación.” Esa carta le dejara saber lo que ICBHS ha decidido.

APELACION URGENTE (Solo beneficiarios de Medi-Cal)

Si usted piensa que esperar 30 días podría perjudicar su salud mental, desorden de uso de sustancias o su habilidad de obtener, mantener o recuperar su funcionamiento máximo, quizás pueda recibir una respuesta dentro de 72 horas. Cuando presente su apelación, explique porque el tener que esperar perjudicaría su salud. Asegúrese de solicitar una “**apelación urgente.**”