IMPERIAL COUNTY
Behavioral Health Services
MENTAL HEALTH & SUBSTANCE USE RECOVERY

Formulario de Apelacion

Una apelacion es una revisión de una Determinación Adversa de Beneficios realizada por los Servicios de Salud Conductual del Condado de Imperial. Si usted recibió un Aviso de Determinación Adversa de Beneficios, y no esta de acuerdo con la decision puede presentar una apelación. La apelacion pueden hacerse de forma verbal o por escrito. Puede presentarla el miembro, el proveedor o un representante autorizado del miembro. Tiene hasta 60 dias del calendario a partir de la fecha del Aviso de Determinación Adversa de Beneficios para presentar una apelacion.

Puede presentar una apelacion por cualquiera de los siguientes medios:

- Correo electronico: BHSPRA@co.imperial.ca.us
- Correo Postal: Servicios de Salud Conductual del Condado de Imperial, Atencion: Defensor de los Derechos del Paciente, 202 N. 8th Street, El Centro, CA 92243
- En Persona: En cualquier ubicacion de Servicios de Salud Conductual del Condado de Imperial (ICBHS)
- Por telefono: 1-800-817-5292 or 442-265-1525

Le informaremos que recibimos su apelacion enviandole una carta de confirmacion por escrito dentro de los cinco (5) dias calendario despues de recibir una apelacion.

Usted puede solicitar que aceleremos el proceso de revisión de su apelación. También puede solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 120 días del calendario a partir de la fecha del Aviso de Resolución de la Apelación si afirmamos la Determinación Adversa de Beneficios, o si tardamos en tomar una decisión en su apelación, o si fallamos en darle una noticia correcta sobre sus derechos.

Mientras espera una decisión final sobre su apelación o Audiencia Estatal, usted tiene derecho a seguir recibiendo servicios que han sido aprobados. Para más información, comuníquese con el Defensor de los Derechos del Paciente al 442-265-1525.

Nombre del Miembro:	Fecha de Nacimiento:	Fecha:
Direccion:	Ciudad:	Codigo Postal:
Telefono:	Mejor Horario para llamar:	
Nombre del representante:	Relacion con el miembro:	
Fecha de aviso de Determinacion Adversa de Beneficios:		
Apelacion:		

Firma

Fecha