

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 apelación enviándole una carta por escrito dentro de los (5) dias calendario despues de recibirla. Puede pedir que revisemos su apelación mas rapido. Tambien puede solicitar una Audiencia Estatal dentro de los 120 dias calendario a partir de la fecha de la carta que le informa la decision sobre su apelación, si mantenemos la decision original de negar, reducir o cambiar sus servicios. Tambien puede solicitar una Audiencia Estatal si no tomamos una decision sobre su apelación a tiempo o si no le informamos correctamente sobre sus derechos.

Mientras espera la decision final de su apelación o de la Audiencia Estatal, tiene derecho a seguir recibiendo los servicios que ya fueron aprobados. Para Obtener mas informacion llame al Defensor de los Derechos del los Pacientes al 442-265-1525.

Para Obtener mas informacion consulte el Manual para Miembros o visite nuestra pagina de Derechos de los Pacientes: <https://bhs.imperialcounty.org/patients-rights/>

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:		
Apelación:		
<p>Puede solicitar una apelación acelerada, la cual deberá resolverse dentro de un plazo de 72 horas, si considera que una demora podría causar problemas graves en su salud conductual, Marque aqui ☐ para solicitar una apelación acelerada y especifique el motivo a continuación:</p>		

Firma

Fecha