

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 enviaremos una carta dentro de los cinco (5) dias calendario despues de recibir su apelacion para confirmar que la recibimos. Mientras espera la decision final sobre su apelacion, usted tiene el derecho de seguir recibiendo los servicios que ya fueron aprobados. Si necesita mas informacion comuniquese con Nuestro Defensor de los Derechos de 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:		
Apelacion:		

Firma

Fecha