



Condado de Inyo
Departamento de Salud y Servicios Humanos
Salud conductual

Formulario de apelación acelerada para miembros

Este formulario debe utilizarse si no está de acuerdo con una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD, por sus siglas en inglés) emitida por Salud Conductual del Condado de Inyo (ICBH) y esperar una decisión sobre una apelación estándar podría poner en grave riesgo su vida, su salud física, su

LO QUE NECESITAS SABER

¿Insatisfacción con la determinación adversa de beneficios (NOAB)?

Si su inquietud se refiere a una Notificación de Determinación Adversa de Beneficios (NOABD, por sus siglas en inglés), tiene derecho a presentar una apelación en lugar de una queja.

¿Quién puede presentar una apelación y cómo hacerlo?

Un miembro, un representante autorizado o un proveedor puede presentar una apelación en nombre del miembro, ya sea de forma verbal o por escrito.

Para presentar una apelación:

Puede presentar su apelación verbalmente llamando al 760-873-6533 e indicando al personal que desea presentarla por esa vía. También puede completar este formulario y enviarlo por correo postal o entregarlo en la Oficina de Salud y Servicios Humanos, enviarlo por correo electrónico a inyobh@inyocounty.us o por fax al 760-873-3277.

- Oficina de Bishop
1360 N. Main Street, Bishop, CA 93514
- Oficina de Lone Pine
310 N. Jackson, Lone Pine, CA 93545

Los servicios gratuitos de interpretación, los materiales traducidos y las ayudas auxiliares están disponibles a solicitud. Si necesita este formulario en otro idioma o formato, comuníquese con Salud Conductual del Condado de Inyo (ICBH).

¿Qué sucede después de presentar la solicitud?

- Emitiremos una decisión en un plazo de 72 horas si la apelación reúne los requisitos para una revisión acelerada. Si no los reúne, se aplicará el plazo estándar de 30 días.

INFORMACIÓN PARA MIEMBROS

Nombre del miembro:		Fecha de nacimiento:	
Número de identificación de Medi-Cal: (si se conoce)		Correo electrónico:	
Dirección de envío:		Teléfono:	

Método de comunicación preferido del miembro: ☐ Correo electrónico ☐ Teléfono ☐ Correo postal ☐ Otro
Persona que presenta la apelación ☐ Yo mismo ☐ Proveedor ☐ Representante autorizado: _____
Preferencia de idioma del miembro: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ¿Necesita un intérprete? ☐ Sí ☐ No

INFORMACIÓN SOBRE LA APELACIÓN

Fecha de NOAB: _____ Fecha de recepción de NOAB: _____	Decisión de NOAB: ☐ Negación ☐ Reducción ☐ Suspensión ☐ Retraso ☐ Terminación ☐ Denegación de pago ☐ Otro: _____
¿Qué resultado le gustaría? 	
¿Por qué debería acelerarse esta apelación? 	
Información complementaria: (opcional) Nombre del proveedor: _____ Teléfono del proveedor: _____ ¿Se adjuntó el extracto del proveedor? ☐ Sí ☐ No	

PERSONA QUE PRESENTA LA APELACIÓN

Nombre impreso: _____

Firma: _____ Fecha: _____