



# Apelación

Los consumidores que deseen tener una revisión de una decisión que afecta su cuidado pueden presentar una apelación completando este formulario. Decisiones que pueden ser apeladas son aquellos que niegan, reducen, suspenden o cancelan los servicios que usted ha estado recibiendo. Puede pedir una apelación acelerada si cree que esperar 30 días por una decisión sobre su apelación estándar pondría en peligro su vida, su salud, o su capacidad para alcanzar, mantener, o recuperar la función máxima.

**Usted no será sujeto a cualquier forma de discriminación, castigo, sanción o restricción por ejercer sus derechos de apelación. Usted puede solicitar una apelación verbalmente, pero también debe presentar la solicitud por escrito. Puede utilizar este formulario. Recuerde su firmar y fechar su solicitud.**

1. La siguiente información es necesaria para proceder con una apelación:

Fecha de Hoy:	
Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Tutor legal (para un menor de edad):	
Dirección:	
Ciudad:	
Teléfono:	Mejor hora para llamar:

2. Elija la(s) decisión(es) que desea apelar. Usted debe haber sido informado en un formulario de Notificación de Determinación de Beneficios Adversos (NOABD, por sus signos en Ingles) de la decisión que afecta sus servicios. (Adjunte hojas adicionales si es necesario.)

- Su diagnóstico identificado por la evaluación no está cubierto por el plan de salud.
  - Su condición no causa problemas para Usted en su vida diaria que son lo suficientemente graves como para hacerlo elegible para servicios con el plan de salud.
  - Los servicios ofrecidos por el plan de salud no son susceptibles de ayudar a mantener o mejorar su condición.
  - Su condición sería responsiva al tratamiento por un proveedor de cuidado de la salud físico.
- O
- El plan de salud negó en su totalidad o en parte de pago por servicios.
  - El plan de salud falló prestar servicios de manera oportuna.
  - El plan de salud no actuó dentro de los plazos para la disposición de la queja o a la resolución de apelación acelerada.

3. Por favor agregue le gustaría saber algo más. Usted puede conectar páginas adicionales.

---



---



---

\_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_  
FIRMA DE LA PERSONA SOLICITANDO LA APELACION

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO:**  
Subdirector del Plan de Salud Mental  
1441 Constitution Blvd., Suite 202  
Salinas, CA 93906 (831) 796-1700

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_