

Nombre del paciente: _____ N.º de expediente médico: _____

APELACIÓN DE NUESTRA DECISIÓN

Para apelar una decisión sobre una solicitud de ayuda financiera al director de Apelaciones de Elegibilidad de JHS, complete la siguiente información. Este formulario debe completarse en un plazo de 60 días a partir de su visita al centro de elegibilidad. Incluya con este formulario todos los documentos que tenga para respaldar su apelación.

Deseo apelar la decisión del centro de elegibilidad por los siguientes motivos:

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

El formulario completo debe enviarse por correo o fax a:

Eligibility Appeals Director

Jackson Health System

Park Plaza East, First Floor

901 NW 17 Street, Suite K

Miami, FL 33136-1096

Fax: 305-355-5386

Una vez que recibamos su apelación, revisaremos su solicitud de ayuda financiera y los documentos que envíe. Recibirá una respuesta en un plazo de 60 días desde que recibamos su apelación.