



Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa

Para solicitar una audiencia imparcial estatal y una revisión médica externa, puede llamarnos al (210) 227-2347 o gratis al 1-800-434-2347, enviarnos un correo electrónico a qmappeals@cfhp.com, o enviarnos este formulario por correo postal o por fax.

Correo postal: **Community First Health Plans, Inc.**
Quality Management Resolution Unit
12238 Silicon Drive, Suite 100
San Antonio, TX 78249
Fax: (210) 358-6384

Deberá solicitar una audiencia imparcial estatal antes del **<120 días a partir de la fecha de envío de este aviso>**.

Si siguió recibiendo servicios durante su apelación al plan médico, es probable que pueda seguir recibiendo sus servicios mientras dure el proceso de audiencia imparcial estatal. Haga su solicitud antes del **<la fecha debe ser la más lejana de las siguientes: 10 días a partir de la fecha de envío de este aviso o la fecha en que los servicios cambiarán>** solo si continuó recibiendo los servicios durante el proceso de apelación al plan médico.

Marque la opción de audiencia imparcial estatal que desee: (Elija solo una.)

- Audiencia imparcial estatal
- Audiencia imparcial estatal y revisión médica externa
- Audiencia imparcial estatal de emergencia*
- Audiencia imparcial estatal de emergencia y revisión médica externa de emergencia*

*Las audiencias imparciales estatales de emergencia y las revisiones médicas externas de emergencia solo debe solicitarlas si cree que su salud se verá gravemente perjudicada al tener que esperar las decisiones de su audiencia imparcial o la revisión médica externa.

<Número de referencia de la denegación: Número>

¿Desea que sus servicios continúen? Sí No

Sus servicios solo podrán continuar si también siguió recibéndolos durante su apelación al plan médico. Si desea que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia imparcial estatal y pedir que sus servicios continúen antes del <la fecha debe ser la más lejana de las siguientes: 10 días a partir de la fecha de envío de este aviso o de la fecha en que los servicios cambiarán>.

Puede hacer esta solicitud por teléfono. Llámenos al (210) 227-2347 o gratis al 1-800-434-2347 si cree que este formulario no lo recibiremos por correo antes de la fecha límite.

Sus datos personales*

Apellido del beneficiario:	Primer nombre del beneficiario:
Apellido del padre, madre o tutor:	Primer nombre del padre, madre o tutor:
ID de Medicaid del beneficiario y número de asegurado:	Teléfono de preferencia:

*Si alguno de sus datos de contacto ha cambiado, llame al agente de inscripción al 800-964-2777 y a Community First Health Plans al (210) 227-2347 o gratis al 1-800-434-2347



Datos del representante para la audiencia o de los padres de usted:

Usted puede representarse a sí mismo. Si desea que alguien lo represente, por ejemplo, uno de sus padres, un familiar o un amigo, complete la siguiente información. Al completar esta sección, usted autoriza a su representante designado a presentar apelaciones y obtener información en su nombre.

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:

Motivo de la audiencia imparcial estatal

Esta sección es opcional. Puede llenarla para informarnos sobre los servicios que son objeto de apelación y por qué cree que los necesita.

Servicios objeto de la apelación:
Por qué necesita los servicios:



Firme este formulario

Al firmar este formulario, usted o su representante están solicitando una audiencia imparcial estatal y dando autorización a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener sus expedientes médicos y ponerse en contacto con un representante si usted ha designado uno.

Firma del beneficiario/representante autorizado

Nombre en letra de molde

Fecha