**Fecha: [Fecha en que el aviso se envía por correo]**

Para solicitar una audiencia imparcial ante el Estado y una revisión médica externa, llame a Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543, envíe un correo electrónico a DHP\_QM\_Appeals@dchstx.org, o complete este formulario y envíelo por correo o por fax.

***Envíe este formulario a:***

Driscoll Health Plan

Quality Management Department

Attn: State Fair Hearing Coordinator

4525 Ayers Street

Corpus Christi, Texas 78415

Fax Number: 1-844-381-5437

**Usted debe solicitar una audiencia imparcial ante el Estado antes del [120 días a partir de la fecha en que el aviso se envía por correo].**

Si usted siguió recibiendo servicios durante la apelación ante su plan de salud, posiblemente pueda seguir recibiéndolos durante la audiencia imparcial ante el Estado. Presente su solicitud antes del **[la fecha más reciente de las siguientes: 10 días a partir de la fecha en que el aviso se envía por correo, o la fecha en que los servicios cambiarán]** solo si continúa recibiendo servicios durante la apelación ante su plan de salud.

**Marque la opción que desea para la audiencia imparcial ante el Estado:**

*Elija solo una opción*

 Audiencia imparcial ante el Estado

 Audiencia imparcial ante el Estado y revisión médica externa

 Audiencia imparcial ante el Estado de emergencia\*

 Audiencia imparcial ante el Estado de emergencia y revisión médica externa de emergencia\*

\* Las audiencias imparciales ante el Estado de emergencia y las revisiones médicas externas de emergencia solo se deben solicitar si usted considera que su salud se verá gravemente perjudicada si debe esperar las decisiones de la audiencia imparcial ante el Estado o una revisión médica externa.

Número de referencia de la denegación: [Número de la referencia]

**¿Desea continuar recibiendo sus servicios médicos?** Sí No

Sus servicios médicos solo pueden continuar si también continuaron durante la apelación ante su plan de salud. Si desea que sus servicios médicos continúen, debe solicitar una audiencia imparcial ante el Estado y pedir que continúen sus servicios médicos antes del **[la fecha debe ser la más tardía de las siguientes: 10 días a partir de la fecha en que el aviso se envía por correo, o la fecha en que los servicios cambiarán]**.

También puede hacer esta solicitud por teléfono. Si cree que este formulario no nos llegará por correo antes de la fecha límite, llame a Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543.

**Información personal:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre:** |  | **Fecha de nacimiento:** |  |
| **ID de miembro:** |  | **Número de suscriptor:** |  |
| **Dirección:** |  | **Ciudad:** |  |
| **Estado:** |  | **Código postal:** |  |
| **Teléfono preferido:** |  | **Teléfono alternativo:** |  |
| **Padre, madre o representante autorizado:** |  |

*\* Si alguno de sus datos ha cambiado, llame a su agente de inscripción al 800-964-2777*

***O BIEN*** *a Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543.*

**Información de los padres o de su representante ante la audiencia**

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

**Parentesco o relación con el miembro:** (Marque una opción)

( ) Representante legalmente autorizado ( ) Familiar ( ) Amigo ( ) Proveedor
( ) Abogado ( ) Proveedor documentado

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre completo:** |  | **Teléfono:** |  |
| **Dirección:** |  | **Ciudad:** |  |
| **Estado:** |  | **Código postal:** |  |

**Motivo para solicitar una audiencia imparcial ante el Estado**

Esta sección es opcional. Puede completarla para informarnos sobre los servicios médicos bajo apelación y por qué considera que son necesarios.

|  |
| --- |
| **Servicios bajo apelación:** |
| **Por qué son necesarios:** |  |

**Firme este formulario:**

Al firmar este formulario, usted o su representante autorizado solicitan una audiencia imparcial ante el Estado y autorizan a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) a obtener sus expedientes médicos y comunicarse con su representante, en caso de haberlo incluido.

|  |
| --- |
|  |
| **Miembro/Representante autorizado** |
|  |  |  |
| **Nombre en letra de imprenta:** |  | **Fecha:** |