El proceso descrito en este folleto se aplica a todas las apelaciones del plan de salud, incluidas las apelaciones de emergencia.

**Solicite una apelación del plan de salud de alguna de las siguientes maneras:**

* Complete el “Formulario de solicitud de apelación del plan de salud” adjunto y envíelo por correo postal o fax a la dirección o al número de fax indicados en la parte superior del formulario;
* Llame a Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543; o bien
* Envíe un correo electrónico a [DHP\_QM\_Appeals@dchstx.org](mailto:DHP_QM_Appeals@dchstx.org)

**Debe solicitar una apelación a más tardar el [fecha 60 días desde la fecha en que el aviso se envía por correo].**

Si tiene una buena razón, como haber recibido nuestro aviso con demora, es posible que podamos aceptar su solicitud de apelación después de esta fecha.

**Cómo mantener sus servicios durante una apelación del plan de salud**

Es posible que pueda seguir recibiendo sus servicios durante el proceso de apelación del plan de salud. Presente una solicitud marcando “Sí” donde dice “¿Desea continuar recibiendo sus servicios médicos?” en el formulario de solicitud de apelación del plan de salud. También puede llamar a Driscoll Health Plan al 1-877-324-7543 y decir que desea conservar sus servicios durante su apelación.

**Debe presentar esta solicitud a más tardar el [última fecha de las siguientes: 10 días a partir de la fecha en que este aviso se envía por correo o la fecha en que los servicios cambiarán].**

Si la apelación del plan de salud es denegada, es posible que deba reembolsar a su plan de salud los servicios que le brindaron durante su apelación. Driscoll Health Plan no puede pedirle que le devuelva el dinero por los servicios recibidos sin autorización de la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC).

Si no solicita una apelación del plan de salud y mantener sus servicios al **[última fecha de las siguientes: 10 días a partir de la fecha en que este aviso se envía por correo por correo o la fecha en que los servicios cambiarán],** dejará de recibir servicios pero aún tendrá tiempo para solicitar una apelación del plan de salud. Debe solicitar una apelación del plan de salud a más tardar el **[fecha 60 días desde la fecha en que el aviso se envía por correo].** Si tiene una buena razón, es posible que podamos aceptar su solicitud de apelación después de esta fecha. Esto incluye haber recibido nuestro aviso tarde y sin tiempo suficiente para solicitar una apelación.

**Apelaciones del plan de salud de emergencia**

Si cree que su salud se verá gravemente perjudicada si espera una decisión sobre su apelación del plan de salud, usted o su médico pueden solicitar una apelación de emergencia. Revisaremos su caso y determinaremos si califica para una apelación del plan de salud de emergencia. Debemos decidir aprobar o denegar su apelación dentro de las 72 horas posteriores a su solicitud. Si no califica para una apelación de emergencia, se lo haremos saber. Procesaremos su apelación de acuerdo con el plazo estándar detallado a continuación. Si no está de acuerdo con nuestra decisión de denegar la apelación de emergencia, puede presentar una queja.

Sus derechos durante el proceso de apelación del plan de salud

* Debemos enviarle una carta para informarle que recibimos su solicitud de apelación del plan de salud dentro de los cinco días hábiles de haber recibido la solicitud.
* Debemos tomar una decisión sobre su apelación del plan de salud y enviársela por escrito dentro de los 30 días calendario posteriores a su solicitud.
* Puede solicitarnos cualquier dato que hayamos utilizado para tomar nuestra decisión. Si solicita esta información, se la enviaremos sin cargo antes de su apelación y dentro de los cinco días calendario posteriores a su solicitud.
* Usted, su médico o su proveedor de atención médica pueden enviar comentarios por escrito, documentos u otra información sobre su apelación del plan de salud por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita más tiempo para enviarnos información que pueda ayudar con su apelación, puede solicitarnos que retrasemos la fecha de su apelación hasta 14 días calendario.
* Puede representarse a sí mismo o elegir que un pariente, amigo, abogado u otra persona lo represente durante la apelación del plan de salud. Usted deberá pagar cualquier tarifa que le cobren por representarlo. Para solicitar ayuda legal sin cargo en su área, consulte la lista de proveedores de asistencia legal adjunta a esta carta y el directorio en www.texaslawhelp.org.
* Cuando le enviemos nuestra decisión sobre la aprobación o denegación de su apelación, también incluiremos información sobre su derecho a una audiencia imparcial ante el Estado y una revisión médica externa.

**¿Necesita ayuda?**

Usted o su representante pueden llamarnos al 1-877-324-7543 y hablar con un asesor de miembros para obtener más información sobre sus derechos de apelación.

Si tiene más preguntas sobre el proceso de apelación del plan de salud, llame a un ómbudsman de HHS al 1-866-566-8989 o complete el formulario en línea en: [www.hhs.texas.gov/managed-care-help](http://www.hhs.texas.gov/managed-care-help)