

FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO Y DE REVISIÓN MÉDICA EXTERNA DE PARKLAND HEALTHFIRST

Para solicitar una audiencia imparcial del estado y una revisión médica externa, puede comunicarse con nosotros al **1-888-672-2277** (sin costo), enviarnos un correo electrónico a PCHPComplaintsandAppeals@PHHS.org o enviarnos este formulario por correo o por fax.

Correo:

Parkland Community Health Plan
Atención: Member Advocate
PO Box 560347
Dallas, TX 75356

Fax:

1-844-310-1823

Debe solicitar una audiencia imparcial del estado antes del <date 120 Days from the date this notice is mailed>.

Si continuó recibiendo los servicios durante la apelación de su plan de salud, es posible que pueda seguir recibiendo durante su audiencia imparcial del estado. Haga su solicitud antes del <date must be the later of the following: date **10 days** from the date this notice is mailed, or the date service will change> solo si mantuvo los servicios durante la apelación de su plan de salud.

Marque la opción de audiencia imparcial del estado que desea: solo elija una.

Audiencia imparcial del estado

Audiencia imparcial del estado y revisión médica externa

Audiencia imparcial del estado de emergencia*

Audiencia imparcial del estado de emergencia y revisión médica externa de emergencia*

* Las audiencias imparciales del estado de emergencia y las revisiones médicas externas de emergencia solo deben solicitarse si considera que su salud se verá gravemente afectada al esperar las decisiones respecto a su audiencia imparcial o revisión médica externa.

Número de referencia de denegación: <CaseID>

¿Desea que sus servicios continúen? Sí No



PO Box 560347
Dallas, TX 75356

Sus servicios solo pueden continuar si también continuaron durante la apelación de su plan de salud. Si desea que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia imparcial del estado y pedir que se mantengan sus servicios antes del <date must be the later of the following: date 10 Days from the date this notice is mailed or the date services will change>.

Puede hacer esta solicitud por teléfono. Comuníquese con nosotros al **1-888-672-2277** (sin costo) si considera que este formulario no nos llegará por correo antes del plazo de entrega.

Su información personal*

Apellido del miembro:	Nombre del miembro:
Apellido del padre/la madre o el tutor:	Nombre del padre/la madre o el tutor:
Número de identificación de Medicaid y de suscripción del miembro:	Número de teléfono preferido:

*Si ha habido algún cambio en su información de contacto, comuníquese con el agente de inscripción al 800-964-2777 o con Parkland Community Health Plan al 1-888-672-2277 (sin costo).

Información de su representante de audiencia o su padre/madre

Usted puede representarse a sí mismo. Si le gustaría que alguien lo represente, como su padre/madre, 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.

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:

Motivo de la audiencia imparcial del estado

Esta sección es opcional. Puede completarla para informarnos sobre sus servicios bajo apelación y el motivo por el que considera que son necesarios.

Servicio bajo apelación:



Por qué los necesita:

Firme este formulario:

Al firmar este formulario, usted o su representante autorizado solicitan una audiencia imparcial del estado y autorizan a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas a obtener su historia clínica y a comunicarse con un representante si incluyó uno.

Firma del miembro/representante autorizado

Nombre en letra de imprenta

Fecha