

**FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA
AUDIENCIA ESTATAL POR UNA DENEGACIÓN DE
ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA (FORM TO
FILE A STATE HEARING FROM A MANAGED
CARE DENIAL)**

Puede solicitar una audiencia estatal por teléfono al: **1-800-743-8525**. Los usuarios de TDD deben llamar al **1-800-952-8349**. También puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- Puede solicitar una audiencia **EN LÍNEA** en **WWW.CDSS.CA.GOV**
- Puede completar este formulario y **ENVIARLO POR FAX** a la División de Audiencias Estatales al **916-309-3487** o llamar de forma gratuita al **1-833-281-0903**
- Puede completar este formulario y **ENVIARLO POR CORREO ELECTRÓNICO** a **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- **(Nota:** Si lo envía por correo electrónico, *tenga en cuenta que existe el riesgo de que alguien fuera de la State Hearings Division pueda interceptar su correo electrónico. Considere usar un método más seguro para enviar su solicitud***).**

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

- También puede enviar esta Solicitud de Audiencia Estatal **POR CORREO** a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-433
Sacramento, CA 94244-2430

Si desea obtener ayuda gratuita para completar este formulario, llame al número de teléfono de ayuda legal que aparece en el Aviso “Sus derechos” (“Your Rights’ Notice) que se encuentra adjunto.

No estoy de acuerdo con la decisión acerca de mi atención médica. Indique el tratamiento, el medicamento, el equipo o el servicio que solicitó el médico. Estoy en desacuerdo porque:

(Si necesita más espacio, use otra hoja de papel y adjúntela a esta).

**PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN
SOBRE EL BENEFICIARIO**

**(Esta es la persona a quien le denegaron los
beneficios médicos)**

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DOMICILIO (en donde pueda recibir correo):

NÚMERO DE TELÉFONO:

¿Tenemos su permiso para comunicarnos con usted
por correo electrónico? [] SÍ [] NO

Si la respuesta es “Sí”, ¿cuál es su **DIRECCIÓN DE
CORREO ELECTRÓNICO?**

Proporcione su **número de tarjeta Medi-Cal BIC** o
número del Seguro Social, si tiene:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

¿Tiene Medi-Cal (**Fee for Service**) Directo o **Atención Médica Administrada (Managed Care)**?

Si tiene la **Atención Médica Administrada**, ¿cuál es el nombre de su **PLAN DE SALUD**?:

RESPONDA CADA PREGUNTA QUE CORRESPONDA AL BENEFICIARIO

Mi médico solicitó este beneficio de salud en esta fecha: _____

El Plan de Salud denegó este beneficio de salud en esta fecha: _____

He apelado el caso ante el Plan de Salud:

SÍ [] ¿**En qué fecha?** _____ NO []

El Plan de Salud respondió a la apelación:

SÍ [] ¿**En qué fecha?** _____ NO []

¿Le pidió al Plan de Salud una apelación acelerada (72 horas)? [] SÍ [] NO

¿El Plan de Salud tomó una determinación sobre la apelación en 72 horas? [] SÍ [] NO

NECESITO LO SIGUIENTE PARA MI AUDIENCIA
(marque las casillas si se aplican a usted):

- Necesito una audiencia acelerada ya que mi situación es urgente.** Mi caso debe definirse rápidamente y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que ocurrirá si no se toma una decisión rápida:

EXPLIQUE POR QUÉ NO PUEDE ESPERAR HASTA 90 DÍAS. Si usted no brinda una explicación, su caso no será acelerado y será programado siguiendo el cronograma normal. Puede presentar una carta de su médico o plan para demostrar por qué no puede esperar.

- Servicios Continuos / Ayuda Pagada**
Pendiente: Por favor, continúen con mi tratamiento hasta que el juez tome una decisión sobre mi caso. (Describa el tratamiento que necesita continuar y diga **en qué fecha el plan lo detuvo o planea detenerlo**):

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Necesito un intérprete gratuito. Mi idioma o dialecto es: _____

Tengo una discapacidad y necesito una adaptación razonable para poder a participar en mi audiencia. Las adaptaciones que necesito son:

Necesito que alguien más hable por mí (me represente) en la audiencia. Ella/él puede ver mis registros médicos relacionados con esta audiencia y asistir a la audiencia. La persona a la que elegí para hablar por mí es:

Nombre: _____

Número de teléfono: _____

Domicilio:

State of California - Health and Human Services Agency
Department of Health Care Services

Mi firma: _____

Fecha de hoy: _____

**ENVÍE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE
LA CARTA (AVISO DE RESOLUCIÓN DE
APELACIÓN) QUE RECIBIÓ DE PARTE DE SU
PLAN, SI LA TIENE. (SI QUIERE QUEDARSE CON
UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO, CÓPIELO
ANTES DE ENVIARLO).**