

**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*).
- 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:

\_\_\_\_\_

¿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**):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_

Mi firma: \_\_\_\_\_ Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

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