

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA AUDIENCIA ESTATAL POR UNA DENEGACIÓN DE ATENCIÓN ADMINISTRADA

Puede solicitar una Audiencia Estatal llamando al: **1-800-743-8525**. Para usuarios de TDD, **llamar al 1-800-952-8349**. También puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- Puede solicitar una audiencia **EN LÍNEA** en **WWW.DSS.CA.GOV**
- Puede completar este formulario y enviarlo por **FAX** a Audiencias Estatales al **916-651-2789**
- 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 que no sea la División de Audiencias Estatales pueda interceptar su correo electrónico. Considere utilizar un método más seguro para enviar su solicitud.*)
- También puede **ENVIAR POR CORREO** esta solicitud de Audiencia Estatal a:

California Department of Social Services
State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Para recibir ayuda gratuita para completar este formulario, llame al número de teléfono de asistencia jurídica que se encuentra en el aviso adjunto 'Sus derechos'

No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi atención de la salud. Indique el tratamiento, medicamento, equipo o servicio que solicitó el médico. No estoy de acuerdo porque:

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

PROPORCIONE ESTA INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO
(Esta es la persona a quien se le denegaron los beneficios médicos)

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN (Donde puede recibir correos): _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

¿Nos autoriza a comunicarnos con usted por correo electrónico? [] SÍ [] NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO?**

Proporcione su **número de tarjeta BIC de Medi-Cal y/o su número de Seguro Social**, si tiene uno _____

¿Tiene Medi-Cal directo (**tarifa por servicio**) o **Atención Administrada?** _____

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

Página 2: RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SE APLICAN 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 al Plan de salud: Sí [] ¿En qué fecha? _____ NO []

El Plan de salud respondió a la apelación: Sí [] ¿En qué fecha? _____ NO []

¿Solicitó una apelación expedita (72 horas) al Plan de salud? [] Sí [] NO

¿Decidió el plan de salud la apelación en 72 horas? [] Sí [] NO

NECESITO LO SIGUIENTE PARA MI AUDIENCIA (Marque las casillas si aplican en su caso):

Necesito una Audiencia Expedita porque mi situación es urgente. Mi caso debe decidirse muy rápidamente, y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que sucederá si no recibo una decisión rápida:

EXPLIQUE POR QUÉ NO PUEDE ESPERAR HASTA 90 DÍAS. Si no lo explica, su caso no se acelerará y se programará en el calendario normal. Puede enviar una carta de su médico o plan para mostrar por qué no puede esperar.

Servicios Continuos/Ayuda Pagada Pendiente: Continúe con mi tratamiento hasta que el juez decida mi caso. (Describa el tratamiento que desea continuar e indique en qué fecha el plan lo suspendió o si planea hacerlo):

Quiero un intérprete de manera gratuita. Mi idioma o dialecto es: _____

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

Quiero que alguien más hable por mí (me represente) en la audiencia. Esta persona puede ver mis archivos médicos en relación con esta audiencia e ir a la audiencia. La persona que he elegido para hablar por mí es:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Mi firma: _____ Fecha de hoy: _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE LA CARTA (AVISO DE RESOLUCIÓN DE APELACIÓN) QUE RECIBIÓ DE SU PLAN, EN CASO LO TENGA. (SI DESEA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA USTED MISMO, HAGA UNA COPIA ANTES DE ENVIARLO.)