



**BlueCross BlueShield
of Texas**

TEXAS STAR
Your Health Plan ★ Your Choice



Formulario de solicitud de una audiencia imparcial ante el estado y una revisión médica externa

Para obtener una audiencia imparcial ante el estado y una revisión médica externa, puede llamarnos al **1-888-657-6061 (TTY 711)** o enviarnos un correo electrónico a GPDTXMedicaidAG@bcbsnm.com. También puede enviarnos el formulario por correo postal o por fax.

Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Fax: 1-855-235-1055

Si desea que continúen sus servicios, debe realizar la solicitud dentro de los **120 días a partir de la fecha de envío de este aviso**.

Si siguió recibiendo los servicios durante la apelación de la cobertura médica, es posible que pueda seguir recibéndolos durante la audiencia imparcial ante el estado. Presente una solicitud dentro de los **diez días a partir de la fecha de envío de este aviso o de la fecha en que cambiarán** solo si mantuvo los servicios durante la apelación de la cobertura médica.

Marque la apelación que desea solicitar

Seleccione una de las siguientes opciones.

- Audiencia imparcial ante el estado
- Audiencia imparcial ante el estado y revisión médica externa
- Audiencia imparcial de emergencia ante el estado*
- Audiencia imparcial ante el estado y revisión médica externa de emergencia*

*Las audiencias imparciales de emergencia ante el estado y la revisión médica externa de emergencia solo deben solicitarse si usted considera que su salud podría resultar gravemente perjudicada por esperar que se tomen las decisiones de la audiencia imparcial o de la revisión médica externa.

<Denial Reference Number: Number>

¿Desea que continúen sus servicios?

____ Sí

____ No

Sus servicios solo podrán continuar si los mantuvo durante la apelación de la cobertura médica. Si quiere que continúen sus servicios, debe solicitar una audiencia imparcial ante el 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. Llámenos al **1-888-657-6061 (TTY: 711)** si cree que no recibiremos este formulario por correo postal antes de la fecha límite.

Su información personal

Apellido del asegurado:	Nombre del asegurado:
Apellido del padre o tutor:	Nombre del padre o tutor:
Número de asegurado de Medicaid o número de Seguro Social del asegurado:	Número de teléfono:

*Si su información de contacto ha cambiado, llame al representante de inscripciones al **1-800-964-2777** o a BCBSTX al **1-888-657-6061 (TTY: 711)**.

Información de los padres o del representante de la audiencia

Usted se puede representar a sí mismo. Si desea que alguien lo represente, por ejemplo, un padre, pariente o 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 ante el estado

Esta sección es opcional. Puede completarla para informarnos sobre los servicios relacionados con la apelación y por qué cree que son necesarios.

Servicios relacionados con la apelación:
Por qué:

Firme este formulario:

Al firmar este formulario, usted o su representante solicitan una audiencia imparcial ante el estado y otorgan a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas la autorización para obtener sus expedientes médicos y para comunicarse con su representante si enumeró alguno.

Fecha _____

Firma del asegurado/representante autorizado

Nombre en letra de imprenta
