

## 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 **1-877-688-1811 (TTY 711)** o enviarnos un correo electrónico a [GPDTXMedicaidAG@bcbsnm.com](mailto: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 **1-877-688-1811 (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 **1-877-688-1811 (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

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_