

FORMULARIO PARA SOLICITAR UNA AUDENCIA IMPARCIAL ESTATAL

¿Está solicitando una audiencia imparcial ante el estado debido a una decisión tomada por la agencia de Medicaid o por un plan de atención administrado?

*Marque uno: ☐ **Agencia de Medicaid** ☐ **Plan de Atención Administrado - Nombre del Plan:** _____

(Un plan de atención administrado puede ser un plan de salud física de Medicaid, un plan de salud mental prepagado de Medicaid, un plan dental de Medicaid, un plan dental de CHIP o un plan de salud física y mental de CHIP.)

Este formulario debe ser enviado dentro de las fechas que se muestran en la página siguiente

Por favor envíe una copia del aviso de negación de la Agencia de Medicaid o el aviso del Plan de Atención Administrado de su decisión de apelación o no podemos continuar con esta solicitud de audiencia.

Si esperar por una decisión sobre esta petición de audiencia podría poner en peligro la vida, la salud o la capacidad del miembro para alcanzar, mantener o recupera la función máxima, llame a la Audiencia Administrativa (801-538-6576) para solicitar una audiencia rápida.

*1. Nombre de la persona que solicita la audiencia: _____ *Teléfono #: _____

*Dirección: _____

Correo electrónico (email): _____ Fax #: _____

*2. Nombre del miembro: _____ *Medicaid ID #: _____ Edad: _____

3. Nombre del proveedor: _____ NPI del proveedor: _____

4. Razón que solicita audiencia: _____

5. Servicios(s) o código de procedimiento(s): _____ Fecha(s) de servicio(s): _____

Proveedores: Envíe cualquier registro médico que respalde su posición, de lo contrario, la audiencia podría atrasarse.

Usted puede representarse a sí mismo o hacer que otra persona lo represente. Sí un abogado lo representa, debe presentar un Aviso de Apariencia en la dirección que está a continuación. *Le representara un abogado? ☐ Sí ☐ No

Nombre del representante o abogado: _____ Teléfono #: _____

Dirección: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

*Firma de la persona que solicita la audiencia

Fecha

Nombre y la dirección de la(s) persona(s) adicional(es) a las que le gustaría que le notifiquen de su solicitud de audiencia:

Todas las secciones con asterisco (*) deben completarse para continuar con esta solicitud de audiencia.

MANDE ESTE FORMULARIO:

Vía U.S. Post Office

Director's Office/Administrative Hearings
Division of Medicaid and Health Financing
PO Box 143105
Salt Lake City, UT 84114-3105

Vía UPS o FedEx

Director's Office/Administrative Hearings
Division of Medicaid and Health Financing
288 North 1460 West
Salt Lake City, UT 84116-3231

Email o Fax

Email: administrativehearings@utah.gov
Fax: 801-536-0143

Audiencias Administrativas Número de Teléfono: 801-538-6576

Fechas para enviar el formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal

Caja 1

Sí marcó **Agencia de Medicaid** en la parte anterior del formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal, debe enviar el formulario **dentro de los 30 días** posteriores a la fecha en que la Agencia de Medicaid envió un aviso de negación.

Sí usted marcó **Plan de Atención Administrado** en la parte anterior del formulario de audiencia imparcial estatal, debe enviar el formulario **no más tardar de los 120 días de calendario** a partir de la fecha de la notificación de apelación del plan.

Caja 2

Las fechas en esta caja solo se aplican sí el miembro desea servicios continuados durante la audiencia imparcial del estado.

Sí el miembro recibe servicio(s) relacionado con esta solicitud de audiencia, ¿desea el miembro que el servicio continúe durante la audiencia? Sí ☐ No ☐ Sí responde “no”, siga las instrucciones de la Caja 1 anterior. Sí la respuesta es “Sí”, siga las instrucciones a continuación:

Sí marcó la **Agencia de Medicaid** en la parte anterior del formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal, se aplican las siguientes fechas:

- El formulario y la solicitud firmada por el miembro deben enviarse dentro **de los 10 días de calendario** a partir de la fecha en que se envió la notificación de la Agencia de Medicaid para que continúe los servicios. Sí la decisión de la audiencia es la misma que la decisión de la Agencia de Medicaid, es posible que el miembro deba pagar por los servicios.

Sí marcó el **Plan de Atención Administrado (Plan)** en la parte anterior del formulario para solicitar una audiencia imparcial estatal, se aplican las siguientes fechas:

- El formulario y la solicitud firmada por el miembro deben enviarse **dentro de los 10 días de calendario** posteriores a la fecha en que el Plan envió la notificación de su decisión de apelación para que continúen los servicios. Sí la decisión de la audiencia es la misma que la decisión del Plan, es posible que el miembro deba pagar por los servicios.