



**El Paso Health**  
HEALTH PLANS FOR EL PASOANS. BY EL PASOANS.

## AUDIENCIA IMPARCIAL ANTE EL ESTADO

Si usted, como miembro del plan de salud, no está de acuerdo con la decisión del plan, tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta al plan de salud y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente. Un doctor u otro proveedor médico puede ser su representante. Si quiere cuestionar una decisión tomada por el plan de salud, usted o su representante tiene que pedir la audiencia imparcial dentro de 90 días de la fecha de la carta de decisión del plan de salud. Si no pide la audiencia imparcial dentro de los 90 días, puede perder el derecho a una audiencia imparcial. Para pedir una audiencia imparcial, usted o su representante debe enviar una carta al plan de salud:

EL PASO HEALTH  
Attention: Health Services Department  
1145 Westmoreland Drive  
El Paso, TX 79925  
o llamarlos:

(915) 532-3778 or toll free at (877) 532-3778

Usted tiene el derecho de seguir recibiendo cualquier servicio que el plan de salud le haya negado o reducido, por lo menos hasta oír la decisión final de la audiencia, si pide una audiencia imparcial a más tardar: (1) 10 días de calendario después de la fecha en que el plan le envíe la notificación de acción, o (2) la fecha en que el servicio será reducido o suspendido según la carta del plan. Si no pide una audiencia imparcial antes de esta fecha, el servicio que el plan de salud le negó será suspendido.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se hacen por teléfono. En la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio que el plan de salud le negó.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC) le dará la decisión final dentro de 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

✂-----

Nombre de usuario: \_\_\_\_\_

Dirección de miembro: \_\_\_\_\_

Número De Teléfono: \_\_\_\_\_ Número De Medicaid: \_\_\_\_\_

Servicio Negado: \_\_\_\_\_ Fecha de Servicio Negado: \_\_\_\_\_

Sí, me gustaría solicitar una audiencia justa del estado de HHSC. He adjuntado una copia de la carta de El Paso Health.

\_\_\_\_\_  
Nombre de usuario

\_\_\_\_\_  
Fecha

