**State Fair Hearings and External Medical Review Request Form**

To ask for a state fair hearing and external medical review, you can call us at (915) 532-3778 or Toll Free: (877) 532-3778, email us at [**Complaints&AppealsTeam@elpasohealth.com**](mailto:Complaints&AppealsTeam@elpasohealth.com), or mail or fax this form to us.

**Mail**: El Paso Health

1145 Westmoreland Drive

El Paso, TX 79925

**Fax:** (915) 298-7872

Toll-Free Fax (844) 298-7872

**You must request a state fair hearing by <date 120 Days from the date this notice is mailed>.**

If you kept receiving services during your health plan appeal, you may be able to keep getting your services during your state fair hearing. Make your request by **<date must be the later of the following: date 10 Days from the date this notice is mailed, or the date services will change>** only if you kept services during your health plan appeal.

|  |
| --- |
| **Mark the state fair hearing option you want:**  Only select one.  \_\_\_ State fair hearing  \_\_\_ State fair hearing and external medical review  \_\_\_ Emergency state fair hearing\*  \_\_\_ Emergency state fair hearing and emergency external medical review\* |

|  |
| --- |
| **\*Emergency state fair hearings and emergency external medical reviews should only be requested if you believe your health will be seriously harmed by waiting for your fair hearing or external medical review decisions.**  <Denial Reference Number: Number> |

|  |
| --- |
| **Do you want your services to continue?** \_\_\_ Yes \_\_\_ No  Your services can only be continued if they were also continued during your health plan appeal. If you want your services to continue, you must request a state fair hearing and ask to keep your services by **<date must be the later of the following: date 10 Days from the date this notice is mailed or the date services will change>**.  You can make this request by phone. Call us at (915) 532-3778 or Toll Free: (877) 532-3778 if you believe this form will not reach us by mail before the deadline. |

|  |  |
| --- | --- |
| Member last name: | Member first name: |
| Parent or guardian last name: | Parent or guardian first name: |
| Member Medicaid ID and subscriber number: | Preferred phone number: |

**Your Personal Information\***

\*If any of your contact information has changed, call the enrollment broker at 800-964-2777 and El Paso Health at (915) 532-3778 or Toll Free: (877) 532-3778.

**Your Hearing Representative’s or Parent’s Information**

You can represent yourself. If you would like someone to represent you, such as, parent, relative or friend, complete the following information. By completing this section, you are authorizing your designated representative to appeal and obtain information on your behalf.

|  |
| --- |
| Name: |
| Address: |
| Phone number: |

**Reason for the State Fair Hearing**

This section is optional. You can fill it out to tell us about your services under appeal and why you think they’re needed.

|  |
| --- |
| Services under appeal: |
| Why you need them: |

**Sign this form**

By signing this form, you or your representative are requesting a state fair hearing and giving the Texas Health and Human Services Commission authorization to get your medical records and to contact a representative if you listed one.

Member/Authorized representative signature

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Printed Name

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date

**Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal y revisión médica externa**

Para solicitar una audiencia imparcial estatal y una revisión médica externa, puede llamarnos al (915) 532-3778 o al número gratuito: (877) 532-3778, enviarnos un correo electrónico a **[Complaints&AppealsTeam@elpasohealth.com](mailto:Complaints&AppealsTeam@elpasohealth.com)**, o enviarnos este formulario por correo postal o por fax.

**Correo postal**: El Paso Health

1145 Westmoreland Drive

El Paso, TX 79925

**Fax:** (915) 298-7872

Fax gratuito (844) 298-7872

**Deberá solicitar una audiencia imparcial estatal antes del <120 días a partir de la fecha de envío de este aviso>.**

Si siguió recibiendo servicios durante su apelación al plan médico, es probable que pueda seguir recibiendo sus servicios mientras dure el proceso de audiencia imparcial estatal. Haga su solicitud antes del **<la fecha debe ser la más lejana de las siguientes:** **10 días a partir de la fecha de envío de este aviso o la fecha en que los servicios cambiarán>** solo si continuó recibiendo los servicios durante el proceso de apelación al plan médico.

|  |
| --- |
| **Marque la opción de audiencia imparcial estatal que desee:**  Elija solo una.  \_\_\_ Audiencia imparcial estatal  \_\_\_ Audiencia imparcial estatal y revisión médica externa  \_\_\_ Audiencia imparcial estatal de emergencia\*  \_\_\_ Audiencia imparcial estatal de emergencia y revisión médica externa de emergencia\* |

|  |
| --- |
| \*Las audiencias imparciales estatales de emergencia y las revisiones médicas externas de emergencia solo debe solicitarlas si cree que su salud se verá gravemente perjudicada al tener que esperar las decisiones de su audiencia imparcial o la revisión médica externa.  <Número de referencia de la denegación: Número> |

|  |
| --- |
| **¿Desea que sus servicios continúen?** \_\_\_ Sí \_\_\_ No  Sus servicios solo podrán continuar si también siguió recibiéndolos durante su apelación al plan médico. Si desea que sus servicios continúen, debe solicitar una audiencia imparcial estatal y pedir que sus servicios continúen antes del **<la fecha debe ser la más lejana de las siguientes:** **10 días a partir de la fecha de envío de este aviso o de la fecha en que los servicios cambiarán>.**  Puede hacer esta solicitud por teléfono. Llámenos al (915) 532-3778 o al número gratuito: (877) 532-3778 si cree que este formulario no lo recibiremos por correo antes de la fecha límite. |

|  |  |
| --- | --- |
| Apellido del beneficiario: | Primer nombre del beneficiario: |
| Apellido del padre, madre o tutor: | Primer nombre del padre, madre o tutor: |
| ID de Medicaid del beneficiario y número de asegurado: | Teléfono de preferencia: |

**Sus datos personales\***

\*Si alguno de sus datos de contacto ha cambiado, llame al agente de inscripción al 800-964-2777 y a El Paso Health al (915) 532-3778 o al número gratuito: (877) 532-3778.

**Datos del representante para la audiencia o de los padres de usted:**

Usted puede representarse a sí mismo. Si desea que alguien lo represente, por ejemplo, uno de sus padres, un familiar o un amigo, complete la siguiente información. Al completar esta sección, usted autoriza a su representante designado a presentar apelaciones y obtener información en su nombre.

|  |
| --- |
| Nombre: |
| Dirección: |
| Número de teléfono: |

**Motivo de la audiencia imparcial estatal**

Esta sección es opcional. Puede llenarla para informarnos sobre los servicios que son objeto de apelación y por qué cree que los necesita.

|  |
| --- |
| Servicios objeto de la apelación: |
| Por qué necesita los servicios: |

**Firme este formulario**

Al firmar este formulario, usted o su representante están solicitando una audiencia imparcial estatal y dando autorización a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas para obtener sus expedientes médicos y ponerse en contacto con un representante si usted ha designado uno.

Firma del beneficiario/representante autorizado

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha