

## Proceso de solicitud de audiencia imparcial del estado

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la apelación de Parkland Healthfirst, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial del estado ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC) una vez que haya hecho uso de todas las opciones del proceso de apelaciones internas del plan de salud. En la audiencia imparcial del estado, puede actuar como su propio representante o designar a otra persona para que lo haga. Puede designar a un médico, un familiar, un amigo, un abogado o cualquier otra persona. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta a Parkland Healthfirst donde indique el nombre de la persona que desea que lo represente.

Si desea impugnar una decisión que haya tomado Parkland Healthfirst respecto de una apelación, usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial del estado a más tardar **dentro de los 150 días de la carta de decisión de apelación**. Si no lo hace antes de esta fecha, es posible que pierda el derecho a solicitarla. Si desea solicitar una audiencia imparcial, consulte el formulario adjunto de audiencia imparcial del estado. Si necesita ayuda para completar el formulario, llámenos al número de teléfono que se indica a continuación. Utilice la siguiente información si usted o su representante desean comunicarse con Parkland Healthfirst por correo o por teléfono:

### **Parkland Community Health Plan**

***Attn: Member Advocate***

**P.O. Box 569005**

**Dallas, Texas 75356-9005**

**1-888-672-2277 (línea gratuita)**

**Fax: 1-877-223-4580**

Si solicita una audiencia imparcial del estado, recibirá un paquete de información en el que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias se llevan a cabo por teléfono. También puede comunicarse con el director de audiencias de la HHSC si desea que la audiencia se realice en persona. Durante la audiencia, usted o su representante pueden explicar por qué necesita el servicio o por qué no están de acuerdo con las medidas tomadas por Parkland Healthfirst.

Tiene derecho a examinar el contenido del expediente de su caso y cualquier otro documento que utilizará Parkland Healthfirst en la audiencia, con un tiempo de antelación razonable antes de la fecha de la audiencia imparcial del estado.

Antes de la audiencia, Parkland Healthfirst le enviará todos los documentos que se utilizarán durante el proceso. La HHSC le dará una decisión final dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que solicitó la audiencia.

### ***Audiencia imparcial del estado acelerada***

Si considera que su vida, su salud o su capacidad para alcanzar, conservar o recuperar la funcionalidad plena se verán gravemente afectadas por esperar una audiencia imparcial del estado, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial del estado acelerada. Para hacerlo, comuníquese con Parkland Healthfirst por correo o por teléfono. Para reunir los requisitos para solicitar una audiencia imparcial acelerada de la HHSC, primero debe completar el proceso de apelaciones internas de Parkland Healthfirst.

### ***Continuación de los beneficios***

Si solicita una audiencia imparcial del estado a más tardar dentro de los 30 días de la carta de TX-19-05-10

decisión de apelación posible que pueda seguir recibiendo el servicio o el beneficio que Parkland Health*first* haya determinado cancelar, suspender o reducir, al menos hasta que se tome la decisión final en la audiencia. Si no solicita una audiencia imparcial del estado antes de esta fecha, se cancelará, suspenderá o reducirá el servicio o el beneficio. Si el fallo de la apelación de la audiencia imparcial del estado es desfavorable para usted, es posible que Parkland Health*first* pueda recuperar del proveedor el costo de los servicios o los beneficios que se le brindaron mientras la apelación y la audiencia imparcial del estado estaban en progreso. Es posible que deba pagar el costo de los servicios si se ratifica la decisión.

Puede utilizar la siguiente información para confirmarle al defensor de miembros que desea seguir recibiendo la atención y los beneficios en cuestión:

**Parkland Community Health Plan**  
***Attn: Member Advocate***  
**P.O. Box 569005**  
**Dallas, Texas 75356-9005**  
**1-888-672-2277 (línea gratuita)**

# FORMULARIO DE AUDIENCIA IMPARCIAL DEL ESTADO

Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con Parkland Community Health Plan y solicite hablar con el defensor de miembros.

Si no está de acuerdo con la decisión de apelación de Parkland Healthfirst, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial. Puede designar por escrito a alguien para que lo represente. Debe solicitar una audiencia imparcial en un plazo de ciento cincuenta (150) días a partir de la fecha en que recibió una carta de Parkland Healthfirst que le informaba la decisión de apelación. Si no lo hace en este plazo de 150 días, puede perder su derecho a una audiencia imparcial. Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante deben comunicarse con Parkland Community Health Plan por teléfono al 1-888-672-2277, o por escrito a la siguiente dirección:

Parkland Community Health Plan  
Attention: Parkland HEALTHfirst Member Advocate  
P. O. Box 569005  
Dallas, TX 75356-9005

Si solicita una audiencia imparcial dentro de los treinta (30) días desde la recepción de la decisión de apelación de Parkland Healthfirst, tiene derecho a continuar recibiendo cualquier servicio que reciba actualmente hasta la fecha de decisión final de la audiencia. Si no solicita una audiencia imparcial dentro de los treinta (30) días desde la recepción de la decisión de apelación de Parkland Healthfirst, los servicios sujetos a la apelación se interrumpirán.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información en el que se le informará la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias imparciales se lleva a cabo por teléfono y puede que usted o su representante deban decir por qué usted solicitó el servicio.

La Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas le dará una decisión final dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que solicitó la audiencia.

✂-----

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

Dirección del miembro: \_\_\_\_\_

Número de teléfono del miembro: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid del miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del plan: \_\_\_\_\_

Servicio denegado: \_\_\_\_\_

Fecha en la que se denegó el servicio: \_\_\_\_\_

Sí, deseo solicitar una audiencia imparcial de la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Adjunto una copia de la carta de notificación.

\_\_\_\_\_  
Firma del miembro

\_\_\_\_\_  
Fecha

TX-19-05-10