

## Formulario de audiencia imparcial del estado

\*\*Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con Aetna Better Health y solicite hablar con el defensor de miembros.

Si no está de acuerdo con la decisión de apelación de Aetna Better Health, 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 Aetna Better Health que le informaba la decisión de apelación. Si no solicita una audiencia imparcial 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 Aetna Better Health por teléfono al 1-888-306-8612 (STAR -Tarrant) o al 1-800-248-7767 (STAR - Bexar), o al 1-844-787-5437 (STAR Kids – Tarrant) por escrito a la siguiente dirección:

Aetna Better Health  
Attention: Member Advocate  
P. O. Box 569150  
Dallas, TX 75356-9150

Si solicita una audiencia imparcial dentro de los treinta (30) días desde la recepción de la decisión de la apelación de Aetna Better Health, tiene derecho a continuar con cualquier servicio que esté recibiendo 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 la apelación de Aetna Better Health, los servicios que se están apelando serán interrumpidos.

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

AET\_FH Form\_070210