



Formulario de solicitud de audiencia imparcial estatal

Una vez finalizado el proceso de apelación de Healthy Blue, si no está de acuerdo con nuestra decisión, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial al Estado. Puede solicitar una audiencia imparcial dentro de un plazo de 120 días calendario a partir de la fecha que figura en la parte superior de carta de decisión sobre la apelación en la que se le informa que denegamos la cobertura de servicios.

Pagaremos los servicios médicos que continúe recibiendo durante la revisión de la audiencia imparcial estatal, siempre que la decisión sea favorable para usted. Si la decisión es a favor de Healthy Blue, usted deberá pagar por todos y cada uno de los cargos generados durante ese periodo. Para solicitar la continuación de los beneficios, llame a Servicios para Miembros dentro de los 10 días posteriores a recibir este aviso.

Para solicitar una audiencia imparcial estatal, complete el formulario correspondiente de una de las siguientes maneras:

- Ingrese en línea en <http://laserfiche.adminlaw.state.la.us/Forms/hSgLX>.
- Imprima y envíe el formulario por fax al 225-219-9823.
- Envíe el formulario completo por correo a la Office of the Administrative Law Judge. Incluya la carta que le enviamos donde se le informa nuestra decisión sobre su apelación y cualquier dato adicional que desee que el juez revise. Dirección para envíos por correo:

Division of Administrative Law
Health and Hospitals Section
P.O. Box 4189
Baton Rouge, LA 70821-4189

- También puede presentar el formulario llamando a Division of Administrative Law (DAL) al **225-342-5800**.

Asegúrese de incluir un número de teléfono al que podamos llamar para comunicarnos con usted si tenemos alguna pregunta.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá una carta del funcionario de audiencias. Esta carta le indicará la fecha y la hora de una reunión que lo ayudará a prepararse para la audiencia. Esta reunión se realizará por teléfono y usted podrá explicar por qué no está de acuerdo con la decisión que tomó Healthy Blue. Participar en la audiencia no tiene costo.

Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de la audiencia imparcial estatal, puede comunicarse con Servicios para Miembros de Healthy Blue al **844-521-5941 (TTY 711)**.

DEPARTAMENTO DE SALUD Y HOSPITALES
FORMULARIO DE SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL ESTATAL

[Health Plan to INSERT Recipient Name]
[Health Plan to INSERT Street Address]
[Health Plan to INSERT City, State & Zip Code]

Deseo apelar la decisión que [INSERT Health Plan Name] tomó con respecto a mi caso debido a los siguientes motivos:

Fecha: _____ Firma del receptor: _____

Nombre en letra de imprenta del receptor/representante

Su dirección, si es diferente de la que aparece arriba:

Número de teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Nombre, dirección y número de teléfono de su representante autorizado en la audiencia, si lo tuviese:

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO POR CORREO A LA SIGUIENTE DIRECCIÓN:

DIVISION OF ADMINISTRATIVE LAW
HEALTH AND HOSPITALS SECTION
P.O. BOX 4189
BATON ROUGE, LA 70821-4189

El matasellos que muestra la fecha en que envió su apelación por correo será la fecha de su solicitud de apelación.

Puede enviar el formulario completo por fax al **225 219-9823** o completar el formulario en línea en: <http://adminlaw.state.la.us/HH.htm>.

Una vez que solicite una audiencia imparcial estatal, Division of Administrative Law le enviará un aviso por correo con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia imparcial estatal. Si no puede enviar el formulario adjunto por correo o fax, puede llamar al **225-342-5800** para proporcionar la información para su apelación.

*****RECUERDE INCLUIR LA CARTA DE AVISO DE ACCIÓN ADVERSA CON ESTE FORMULARIO*****

Nombre del miembro: _____

Número de identificación del miembro: _____

Dirección del miembro: _____

Número de teléfono del miembro: _____

Nombre del representante autorizado: _____

Número de teléfono del representante autorizado: _____

Dirección del representante autorizado: _____

Nombre del plan: _____

Servicio denegado: _____

Fecha de la denegación del servicio: _____

Sí, deseo solicitar una audiencia imparcial a Division of Administrative Law. He adjuntado una copia del aviso de decisión recibido de parte de Healthy Blue.

Firma del miembro

Fecha