

FORMULARIO PARA PRESENTAR UNA AUDIENCIA ESTATAL POR UNA DENEGACIÓN DE ATENCIÓN DENTAL ADMINISTRADA

Puede solicitar una Audiencia Estatal llamando al: 1-800-743-8525. Para usuarios TTD, llamar al 1-800-952-8349.

También puede solicitar una audiencia de las siguientes maneras:

- Puede solicitar una audiencia EN LÍNEA en WWW.CDSS.CA.GOV
- Puede completar este formulario y enviarlo por **FAX** a Audiencias Estatales al 916-309-3487
- Puede completar este formulario y enviarlo por **CORREO ELECTRÓNICO** a **SCOPEOFBENEFITS@DSS.CA.GOV**
- También puede **ENVIAR POR CORREO** esta solicitud de audiencia estatal a:

California Department of Social
Services State Hearings Division
P.O. Box 944243, MS 9-17-37
Sacramento, CA 94244-2430

Para recibir ayuda gratuita para completar este formulario, llame al número de teléfono de asistencia legal que se encuentra en el aviso adjunto 'Sus derechos'

No estoy de acuerdo con la decisión sobre mi atención dental. Indique el tratamiento, medicamento, equipo o servicio que solicitó el médico. No estoy de acuerdo porque:

(Si necesita más espacio, use otra hoja y adjúntela a esta.)

PROPORCIONE ESTA INFORMACIÓN SOBRE EL BENEFICIARIO
(Esta es la persona a quien se le denegaron los beneficios médicos)

NOMBRE: _____

FECHA DE NACIMIENTO: _____

DIRECCIÓN (Donde puede recibir correos): _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

¿Nos autoriza a comunicarnos con usted por correo electrónico? [] Sí [] NO

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es su **DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO?** _____

Proporcione su **número de tarjeta BIC de Medi-Cal y/o su número de Seguro Social**, si tiene uno _____

¿Tiene Straight Medi-Cal (**Tarifa por Servicio**) o **Atención Dental Administrada?** _____

Si tiene **Atención Administrada**, ¿cuál es el **nombre de su PLAN DE SALUD?** _____

RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS QUE SE APLICAN AL BENEFICIARIO

Mi dentista solicitó este beneficio de salud en esta fecha: _____

El Plan Dental denegó este beneficio de salud en esta fecha: _____

He apelado el caso al Plan Dental: Sí [] ¿En qué fecha? _____ NO []

El Plan Dental respondió a la apelación: Sí [] ¿En qué fecha? _____ NO []

¿Le solicitó al Plan Dental una apelación acelerada (72 horas)? Sí [] NO []

¿El Plan Dental decidió la apelación en 72 horas? [] Sí [] NO

NECESITO LO SIGUIENTE PARA MI AUDIENCIA (Marque las casillas si aplican en su caso):

Necesito una Audiencia Acelerada porque mi situación es urgente. Mi caso debe decidirse muy rápidamente, y no puedo esperar hasta 90 días. Esto es lo que sucederá si no recibo una decisión rápida:

EXPLIQUE POR QUÉ NO PUEDE ESPERAR HASTA 90 DÍAS. Si no lo explica, su caso no se acelerará y se programará en el calendario normal. Puede enviar una carta de su médico o plan para mostrar por qué no puede esperar.

Servicios Continuos/Ayuda Pagada Pendiente: Continúe con mi tratamiento hasta que el juez decida mi caso. (Describa el tratamiento que desea continuar e indique **en qué fecha el plan lo suspendió o si planea hacerlo**):

Quiero un intérprete de manera gratuita. Mi idioma o dialecto es: _____

Tengo una discapacidad y quiero una adaptación razonable para ayudarme a participar en mi audiencia. Las adaptaciones que quiero son: _____

Quiero que alguien más hable por mí (me represente) en la audiencia. Esta persona puede ver mis archivos dentales en relación con esta audiencia e ir a la audiencia. La persona que he elegido para hablar por mí es:

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Mi firma: _____ Fecha de hoy: _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO CON UNA COPIA DE LA CARTA (AVISO DE RESOLUCIÓN DE APELACIÓN) QUE RECIBIÓ DE SU PLAN, EN CASO LO TENGA. (SI DESEA UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO PARA USTED MISMO, HAGA UNA COPIA ANTES DE ENVIARLO.)

La información personal y médica recopilada en y con este formulario es confidencial, sujeta al Aviso de Prácticas de Privacidad del Departamento de Servicios de Atención Médica (DHCS) que se puede encontrar aquí:

<https://www.dhcs.ca.gov/formsandpubs/laws/priv/Documents/Notice-of-Privacy-Practices-English.pdf>. La División de Audiencias Estatales del Departamento de Servicios Sociales

(CDSS) necesita la información para procesar su apelación y puede compartirla con otras agencias o contratistas que ayuden en ese proceso. DHCS y CDSS no usarán ni compartirán la información para otros fines, excepto con su permiso o según lo permita la ley. Debe proporcionar toda la información solicitada en este formulario, así como la documentación de respaldo. Si no proporciona toda la información solicitada, no podemos programar una audiencia ni revisar la denegación. En la mayoría de los casos, la(s) persona(s) a quien(es) pertenece esta información tiene(n) derecho a acceder a ella.

DHCS y CDSS están autorizados a recopilar esta información de conformidad con la sección 10950 et seq. del Código de Bienestar e Instituciones y el Código de Regulaciones de California, título 22, sección 50951 et seq. Este aviso de privacidad proporcionado aquí es requerido por el Código Civil de California 1798.17.