Formulario de revisión del programa

Para pedir a Healthy Families que revise y cambie una decisión

Instrucciones

Use este formulario si usted no está de acuerdo con una decisión que Healthy Families haya tomado sobre usted o su familia. Usted puede pedir a Healthy Families que cambie la decisión. Llene el formulario y envíelo por correo a Healthy Families, de manera que lo recibamos a más tardar a 60 días de la decisión. Tache y corrija toda la información que esté mal.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta llame a Healthy Families al: ***1-866-848-9166,*** *de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

❑ Marque esta casilla si está enviando pruebas nuevas de ingresos u otros papeles nuevos con el formulario.

❑ Marque esta casilla si incluye una petición de pago de facturas médicas con el formulario (incluya las facturas).

A. Información sobre usted.

,

B. Información sobre las personas cuya cobertura fue negada o cancelada.

C. Motivo para la revisión.

Usted *debe* responder a las preguntas 1 a 3 de abajo. Puede responder a la 4 si así lo desea. Use una hoja de papel adicional si necesita más espacio para escribir.

1. ¿Qué decisión le gustaría que revisáramos?

Díganos sobre la decisión que quiere que revisemos o incluya una copia de la carta que recibió de Healthy Families que habla sobre la decisión.

2. ¿Por qué le parece que nuestra decisión es incorrecta?

Escriba el motivo o marque las casillas de abajo. Marque tantas como quiera.

- ❑ Los ingresos fueron mal calculados
- ❑ El afiliado no tiene Medi-Cal sin costo
- ❑ Enviamos los papeles pedidos (díganos cuándo envió por correo o fax los papeles)
- ❑ Se hizo el pago
- ❑ Me parece que la decisión va en contra de las políticas de Healthy Families o la ley (explique abajo)
- ❑ Otro (explique abajo)

3. ¿Qué le gustaría que hiciéramos?

- ❑ Mantener a los miembros de su familia en Healthy Families
- ❑ Otro (explique abajo)

4. ¿Qué más le gustaría que supiéramos?

¿Hay más información que crea nos pueda ayudar a revisar nuestra decisión? Escriba la información o envíe otros papeles que nos ayuden a entender.

D. Firme el formulario y envíelo a nuestras oficinas a más tardar a 60 días de la decisión.

Firma: _____ **Fecha:**_____

Envíe por correo el formulario y otros papeles a:

Healthy Families
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

O, envíe por fax el formulario y los papeles al:

Fax: 1-866-848-4974 El número de fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que nos envíe. **Su Family Member Number es:**

E. Permiso para compartir información con la siguiente persona:

Doy permiso a Healthy Families Program para dar información por teléfono sobre la situación de esta solicitud a un Asistente certificado de solicitudes de la Entidad de inscripción nombrada. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe los resultados de la determinación de derechos de esta solicitud:

Nombre: _____

➨ Firma: _____ Fecha:_____

➨ CAA#: _____ EE#: _____