

DEPARTAMENTO DE SALUD Y HOSPITALES

Solicitud del formulario de audiencia imparcial estatal

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado, código postal: _____

Deseo apelar la decisión que UnitedHealthcare Community Plan tomó en relación con mi caso debido a:

Fecha: _____ Firma: _____

Destinatario/Representante: _____

Su dirección, si no es la que figura anteriormente: _____

Número de teléfono: _____

Número de Seguro Social: _____

Dirección de correo electrónico (Email): _____

Nombre, dirección y número de teléfono de su Representante Autorizado en la audiencia, si lo hubiera:

ENVÍE ESTE FORMULARIO COMPLETO A:

(En lugar de enviarlo por correo, puede enviar el formulario por fax a (225) 219-9823, o puede enviar en línea a <http://www.adminlaw.state.la.us/HH.htm>.)

Division of Administrative Law – Health And Hospitals Section

P.O. Box 4189

Baton Rouge, LA 70821-4189

El sello postal que muestra la fecha en que envió su apelación será la fecha de su solicitud de apelación.

Luego de que solicite una audiencia imparcial estatal, la División de Derecho Administrativo le enviará una notificación por correo de la fecha, hora y ubicación de la audiencia imparcial estatal. Si no le es posible enviar el formulario adjunto por correo o por fax, puede llamar al (225) 342-5800 para proporcionar la información de su apelación.