

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Nombre del asegurado: _____

Dirección del asegurado: _____

N.º de teléfono del asegurado: _____

N.º de Medicaid del asegurado: _____

Correo electrónico del asegurado: _____

Nombre de la cobertura: _____

Servicio rechazado: _____

Fecha del rechazo del servicio: _____

Sí, me gustaría solicitar una audiencia imparcial estatal a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Adjunto una copia de la carta de notificación.

Firma del asegurado

Fecha

Envíe este formulario por correo o fax:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Por fax: 1-855-235-1055**

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association