

**Aetna Better Health® of Texas**  
750 W John Carpenter Fwy, #1200  
Irving TX 75039



**Formulario de solicitud de audiencia imparcial del estado y revisión médica externa**

Para solicitar una audiencia imparcial, usted o su representante debe comunicarse con Aetna Better Health por teléfono al 1-888-306-8612 (STAR: Tarrant), al 1-800-248-7767 (STAR: Bexar) o al 1-844-787-5437 (STAR Kids), envíenos un correo electrónico a [TXMemberAdvocate@aetna.com](mailto:TXMemberAdvocate@aetna.com), comuníquese por fax al 1-877-223-4580.

Correo: Aetna Better Health of Texas  
Complaints and Appeals  
P.O. Box 81139  
5801 Postal Road  
Cleveland, OH 44181

Debe solicitar una audiencia imparcial del estado dentro de los 120 días a partir de la fecha de envío de este aviso.

Si siguió recibiendo servicios durante su apelación al plan de salud, podría continuar recibiendo los servicios durante la audiencia imparcial del estado. Presente su solicitud en la fecha que sea posterior: a los 10 días a partir de la fecha de envío de este aviso o la fecha en que los servicios cambiarán (solo si usted mantuvo los servicios durante su apelación al plan de salud).

**Marque la opción de audiencia imparcial del estado que desea:**

Seleccione solo una.

- Audiencia imparcial del estado
- Audiencia imparcial del estado y revisión médica externa
- Audiencia imparcial del estado de emergencia\*
- Audiencia imparcial del estado de emergencia y revisión médica externa de emergencia\*

\* Solo debe solicitar audiencias imparciales del estado de emergencia y revisiones médicas externas de emergencia si usted considera que su salud se verá gravemente perjudicada mientras espera las decisiones de una audiencia imparcial o una revisión médica externa.

Número de referencia de denegación \_\_\_\_\_

**Aetna Better Health® of Texas**  
750 W John Carpenter Fwy, #1200  
Irving TX 75039



**¿Desea continuar con sus servicios?** \_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Los servicios que recibe solo pueden continuar si también continuaron durante su apelación al plan de salud. Si desea que continúen los servicios que recibe, debe solicitar una audiencia imparcial del estado y pedir que se mantengan sus servicios antes de **la fecha que sea posterior: a los 10 días a partir de la fecha de envío de este aviso o la fecha en que los servicios cambiarán.**

Puede hacer esta solicitud por teléfono. Llámenos al 1-800-248-7767 (Bexar), al 1-800-306-8612 (Tarrant) o al 1-844-787-5437 (STAR Kids) si considera que no recibiremos este formulario por correo antes de la fecha límite.

**Su información personal\***

Apellido del miembro:	Nombre del miembro:
Apellido del padre, la madre o tutor:	Nombre del padre, la madre o tutor:
Identificación de Medicaid del miembro y número de suscriptor:	Número de teléfono preferido:

\*Si su información de contacto no es la misma, llame al corredor de inscripciones al 800-964-2777 y a Aetna Better Health of Texas al 1-844-787-5437 (TTY: 711). Aetna Better Health of Texas al 1-800-248-7767 (Bexar) o al 1-800-306-8612 (Tarrant).

**Información del representante en la audiencia o del padre o la madre**

Usted puede representarse a sí mismo. Si desea que otra persona lo represente, como su padre, madre, un familiar o un amigo, complete la información a continuación. Al completar esta sección, autoriza a su representante designado a apelar y obtener información en su nombre.

Nombre:
Dirección:

**Aetna Better Health® of Texas**  
750 W John Carpenter Fwy, #1200  
Irving TX 75039



Número de teléfono:

**Razón de la audiencia imparcial del estado**

Esta sección es opcional. Puede completarla para que sepamos los servicios que se apelan y el motivo por el que los considera necesarios.

Servicios que se apelan:

Motivo por el que los necesita:

**Firme este formulario**

Al firmar este formulario, usted o su representante solicita una audiencia imparcial del estado y autoriza a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas a obtener sus registros médicos y comunicarse con su representante, de haberlo designado.

Firma del miembro o representante autorizado

---

Nombre en letra de imprenta

---

Fecha

---

**Aetna Better Health® of Texas**  
750 W John Carpenter Fwy, #1200  
Irving TX 75039



Enlace a documento en inglés

[https://www.aetnabetterhealth.com/content/dam/aetna/medicaid/texas/pdf/tx\\_aetna\\_fair\\_hearing\\_form.pdf](https://www.aetnabetterhealth.com/content/dam/aetna/medicaid/texas/pdf/tx_aetna_fair_hearing_form.pdf)

Enlace a documento en español

[https://www.aetnabetterhealth.com/content/dam/aetna/medicaid/Aetna%20Fair%20Hearing%20Form\\_Spanish%2004062020.pdf](https://www.aetnabetterhealth.com/content/dam/aetna/medicaid/Aetna%20Fair%20Hearing%20Form_Spanish%2004062020.pdf)