

Información del miembro	
Fecha de hoy	Número de identificación del miembro
Nombre	Apellido

No estoy de acuerdo con la decisión de Highmark Health Options de reducir, cancelar o denegar servicios para:

No estoy de acuerdo porque: (Si se necesita más espacio, use papel adicional)

Elija una de las siguientes opciones:

- Deseo continuar recibiendo los beneficios médicos y de farmacia que recibo ahora hasta que se decida el resultado de mi audiencia estatal imparcial. Comprendo que solo puedo seleccionar esta opción si mi solicitud se presenta dentro de los **10 días** de que se envíe este aviso por correo o antes de la fecha de entrada en vigencia que figura en el aviso, lo que ocurra más tarde.
- No deseo continuar recibiendo los beneficios médicos y de farmacia que recibo ahora hasta que se decida el resultado de mi audiencia estatal imparcial.

Comprendo que si elijo que mis beneficios continúen durante el proceso de audiencia estatal imparcial y pierdo la audiencia estatal imparcial, es posible que sea responsable de pagar a Highmark Health Options o al estado por los beneficios que recibí mientras la audiencia estatal imparcial estaba pendiente.

Entiendo que puedo representarme a mí mismo en la audiencia imparcial estatal o que puedo ser representado por un asesor legal o por otra persona.

Firma

Fecha

Envíe por fax o correo postal el formulario completo a la Oficina de Audiencias Estatales Imparciales.

Fax: 1-302-255-9614
Correo postal: Division of Medicaid and Medical Assistance
Fair Hearing Officer
1901 North DuPont Highway
P.O. Box 906, Lewis Building
New Castle, DE 19720