



FILING FOR A FAIR HEARING

If you disagree with Community First Health Plans (CFHP) decision, you have the right to ask for a Medicaid fair hearing from the Health and Human Services Commission (HHSC). You may represent yourself at the fair hearing, or name someone else to be your representative. This could be (a doctor, relative, friend, lawyer, or any other person). You may name someone to represent you by writing a letter to CFHP telling them the name of the person that you want to represent you.

Health Services Management Resolution Unit
Community First Health Plans
12238 Silicon Dr., Ste. 100
San Antonio, Texas 78249

Or by telephone at (210) 358-6060

If you ask for a fair hearing, you will get a packet of information letting you know the date, time and location of the hearing. Most hearings are held by telephone. You can also contact a HHSC hearings officer if you would like the hearing to be held in-person. During the hearing, you or your representative can tell why you need the service or why you disagree with the CFHP's action.

Before the hearing, CFHP will send you all of the documents to be used at the hearing.

You have the right to examine, at a reasonable time before the date of the fair hearing, the contents of your case file and any documents to be used by CFHP at the hearing.

HHSC will give you a final decision within 90 days from the date that you asked for the hearing.

Please cut along the line. -----

Member Name: _____

Member Address: _____

Member Phone Number: _____

Member Medicaid Number: _____

Plan Name: _____

Service Denied: _____

Date Service Denied: _____

Yes, I would like to request a Fair Hearing from the Texas Health and Human Services Commission. I have attached a copy of the notification letter.

Member signature

Date



SOLICITUD DE UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si no está de acuerdo con la decisión de Community First Health Plans (CFHP), tiene el derecho de pedir una audiencia imparcial de Medicaid ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC). En la audiencia imparcial, puede representarse a sí mismo o nombrar a otra persona como su representante. Esa persona podría ser un doctor, pariente, amigo, abogado u otra persona. Puede nombrar a alguien para que lo represente escribiendo una carta a CFHP y diciéndoles el nombre de la persona que usted quiere que lo represente:

Health Services Management Resolution Unit
Community First Health Plans
12238 Silicon Dr., Ste. 100
San Antonio, Texas 78249

O llame al 210-358-6060.

Si pide una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información con la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias se hacen por teléfono. También puede comunicarse con el funcionario de audiencias de la HHSC si quiere que se lleve a cabo la audiencia en persona. Durante la audiencia, usted o su representante puede decir por qué necesita el servicio o por qué no está de acuerdo con la acción de CFHP.

Antes de la audiencia, CFHP le enviará todos los documentos que se usarán en la audiencia.

Usted tiene el derecho de examinar, en un plazo razonable antes de la fecha de la audiencia imparcial, el contenido del expediente de su caso y cualquier documento que CFHP usará en la audiencia.

La HHSC le dará la decisión final dentro de los 90 días de la fecha en que pidió la audiencia.

✂ Por favor, corte a lo largo de la línea.

Nombre del miembro: _____

Dirección del miembro: _____

Teléfono del miembro: _____

Número de Medicaid del miembro: _____

Nombre del plan: _____

Servicio negado: _____

Fecha de negación del servicio: _____

Sí, quiero solicitar una audiencia imparcial ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. He anexado una copia de la carta de aviso.

Firma del miembro

Fecha