Revisión y continuación de inscripción

Pida a Healthy Families que revise y cambie su decisión de desafiliar a alguien

Instrucciones

Use este formulario si usted no está de acuerdo con la decisión tomada por Healthy Families de desafiliar a alguien de su familia. (Desafiliar significa terminar la cobertura.) Usted puede pedir a Healthy Families que cambie su decisión y puede pedir que se mantenga su cobertura durante la revisión. ***Llene el formulario y envíelo por correo de manera que lo recibamos a más tardar el***

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta sobre el formulario llame a Healthy Families: ***1-866-848-9166*** *de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m. o los sábados de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratuita.*

- ❑ **Marque esta casilla si está enviando pruebas nuevas de ingresos u otros papeles nuevos con el formulario.**
- ❑ **Marque esta casilla si incluye una petición de pago de facturas médicas con el formulario (incluya las facturas).**

A. Información sobre usted.

¿Son correctos su nombre, dirección y teléfonos?

Si alguna información está mal, por favor táchela. Escriba la información correcta a un lado.

FAMILY MEMBER NUMBER:

Día: Noche: Mensajes:

B. Información sobre las personas a quienes se terminará la cobertura.

No recibimos la información para su Revisión anual de derechos.

C. Motivo para la revisión.

1. ¿Qué decisión quiere usted que revisemos?

Díganos sobre la decisión que usted quiere que revisemos o incluya una copia de la carta que recibió de Healthy Families donde se menciona la decisión.

_____

_____

2. ¿Por qué le parece que nuestra decisión es la equivocada?

Escriba sus motivos o marque en las casillas de abajo. Marque tantas como quiera.

- ❑ Los ingresos fueron mal calculados
- ❑ El afiliado no tiene Medi-Cal sin costo
- ❑ Enviamos los papeles pedidos (díganos cuándo envió por correo o fax los papeles)
- ❑ Se hizo el pago
- ❑ Me parece que la decisión va contra las políticas de Healthy Families o la ley (explique abajo)
- ❑ Otro (explique abajo)

_____

_____

3. ¿Qué le gustaría que hiciéramos?

❑ Mantener a los miembros de la familia en Healthy Families ❑ Otro (explique abajo)

_____

_____

4. ¿Qué más le gustaría que hiciéramos ?

¿Hay alguna otra información que usted crea nos pueda ayudar a revisar nuestra decisión? Escriba la información o envíe otros papeles que puedan ayudarnos a entender.

_____

_____

D. Llene el formulario y envíelo a nuestras oficinas a más tardar el CVRG_END_DATE

Estoy pidiendo que se mantenga la cobertura durante la revisión. Entiendo que debo pagar la cuota (pago) mensual durante el proceso de revisión. Entiendo que si no hago los pagos, los miembros de mi familia pueden perder su cobertura.

Firma: _____ Fecha: _____

Envíe el formulario y otros papeles a:

Healthy Families
Review Unit
P.O. Box 138005
Sacramento, CA 95813-8005

O puede enviar por fax el formulario y los papeles al:

Fax: 1-866-848-4974 El número de fax es gratuito.

Escriba su Family Member Number en todos los papeles que envíe. **Su Family Member Number es el:**

E. Permiso para compartir información con la siguiente persona:

Doy permiso a Healthy Families Program para dar información por teléfono sobre la situación de esta solicitud a un Asistente certificado de solicitudes de la Entidad de inscripción nombrada. Este permiso terminará en la fecha en que el programa envíe los resultados de la determinación de derechos de esta solicitud:

Nombre: _____

➨ Firma: _____ Fecha: _____

➨ CAA#: _____ EE#: _____