



## EXPLICACIÓN DEL PROCESO DE REVISIÓN DE PRIMER NIVEL

Usted tiene derecho a solicitar al Departamento de Salud y Servicios Humanos (DHHS, por sus siglas en inglés) una revisión interna de primer nivel seguida de una revisión externa de segundo nivel de una decisión que implique retrasar, denegar, reducir, cancelar o suspender los servicios de Health Choice de su hijo. Ambas revisiones se deben realizar dentro de los 90 días calendario de la fecha de recepción de la solicitud de revisión interna de primer nivel.

Si el médico de su hijo determina que el plazo estándar de 90 días podría poner en grave peligro la vida o la salud de su hijo, o la capacidad de su hijo para alcanzar, mantener o recuperar una función máxima, usted puede solicitar que las revisiones se realicen dentro del plazo de una revisión rápida. Cada nivel de revisión rápida debe concluir dentro de las 72 horas a menos que usted solicite más tiempo (no se permiten más de 14 días).

Si desea solicitar una revisión, llene este formulario y envíelo por correo o fax a:

NC Health Choice  
Review Coordinator  
2501 Mail Service Center  
Raleigh, North Carolina 27699-2501  
FAX: (919) 733-6608

**Su solicitud de revisión interna de primer nivel se debe recibir dentro de los 30 días de la fecha de la carta de la decisión.**

El Director Médico Clínico, o un profesional clínico designado, de la División de Asistencia Médica llevará a cabo la revisión interna de primer nivel y revisará la decisión y cualquier otra información que **usted presente junto con la solicitud de revisión interna de primer nivel**. Usted puede revisar el expediente del caso de Health Choice y los documentos utilizados para tomar la decisión adversa en cualquier momento con sólo llamar al Coordinador de Revisiones de Health Choice al 919-855-4100.

Si la decisión implica la reducción, suspensión, cancelación o solicitud denegada de incrementar un servicio que su hijo ya recibe, aunque usted solicite una revisión, los servicios estarán cubiertos al nivel indicado en la decisión sujeta a revisión, y los servicios que se cancelen o suspendan no estarán cubiertos, a menos y hasta que la decisión sea revocada en la revisión.

Su hijo seguirá inscrito en el programa Health Choice durante el proceso de revisión mientras sea elegible.



**FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN  
INTERNA DE PRIMER NIVEL**

**ESTE FORMULARIO SE DEBE PRESENTAR DENTRO DE LOS 30 DÍAS DE LA FECHA DEL AVISO.**

<b>INFORMACIÓN DEL MIEMBRO:</b>		
<b>NOMBRE:</b>		<b>IDENTIFICACIÓN DE NCHC:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>		
<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>
<b>REPRESENTANTE (INFORMACIÓN SOBRE EL PADRE/MADRE O TUTOR):</b>		
<b>NOMBRE:</b>		<b>PARENTESCO:</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>		
<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>
<b>PARTICULAR: ( )</b>	<b>LABORAL: ( )</b>	
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL SERVICIO Y EL PROVEEDOR</b>		
<b>SERVICIO:</b>		<b>FECHA DE SERVICIO:</b>
<b>NOMBRE DEL PROVEEDOR:</b>		<b>PERSONA DE CONTACTO:</b>
<b>TELÉFONO: ( )</b>		<b>FAX: ( )</b>
<b>REPRESENTACIÓN EN LA REVISIÓN: Si tiene un abogado u otro representante que usted quisiera que le ayude en el proceso de revisión, escriba su nombre e información de contacto a continuación.</b>		
<input type="checkbox"/> <b>YO REPRESENTARÉ A MI HIJO.</b>		<input type="checkbox"/> <b>DESEO QUE OTRA PERSONA REPRESENTA A MI HIJO.</b>
Al firmar este documento, autorizo a la siguiente persona a representar al beneficiario mencionado anteriormente y autorizo a la División de Asistencia Médica a divulgar a la siguiente persona todos y cada uno de los registros médicos, otros documentos e información confidencial que pudiera ser relevante para la revisión de esta decisión.		
<b>NOMBRE:</b>		<b>TELÉFONO: ( )</b>
<b>DIRECCIÓN:</b>		
<b>CIUDAD:</b>	<b>ESTADO:</b>	<b>CÓDIGO POSTAL:</b>
<b>RAZÓN DE LA SOLICITUD DE REVISIÓN</b>		
¿POR QUÉ NO ESTÁ DE ACUERDO CON LA DECISIÓN? Usted puede incluir documentación del médico de su hijo o de otros. Incluya la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) o la carta sobre la decisión del beneficio.		
Documentación adicional incluida: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		
<b>REVISIÓN RÁPIDA</b>		
<b>NECESITA REVISIÓN RÁPIDA:</b>	<input type="checkbox"/> <b>SÍ (Incluya documentación médica)</b>	<input type="checkbox"/> <b>NO</b>
<b>ENVÍE EL FORMULARIO A:</b> NC Health Choice-DMA-Directors Office 2501 Mail Service Center Raleigh, North Carolina 27699-2501 Fax: (919) 733-6608		
<b>FIRMA:</b>		<b>FECHA:</b>