

## SOLICITUD DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA

|  |                              |
|--|------------------------------|
| Compañía (MCO):  | Fecha de solicitud:          |
| Nombre del beneficiario:   | Número del Plan (MPI):       |
| Dirección Postal:  |                              |
| Dirección correo electrónico (e-mail):   |                              |
| Fecha de Notificación de Acción:   | Fecha Decisión de Apelación: |
| Servicios en apelación:  |                              |
| Persona que Apela: <input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicio <input type="checkbox"/> OPP <input type="checkbox"/> Representante (Incluir Autorización)<br>Si no es el beneficiario, indique nombre completo, dirección postal y dirección electrónica:<br>Nombre: _____<br>Dirección Postal: _____<br>_____<br>Dirección correo electrónico: _____ |                              |

Explique por qué está en desacuerdo con la denegación. ¿Cuáles son las razones para apelar? (Si necesita espacio adicional, puede someter papel aparte)

---



---



---

Si incluye documentación adicional con esta solicitud, especifique a continuación:

- Records Médicos   Certificación Médica   Resultados de estudios   Plan de Tratamiento  
Otros (especifique) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona que solicita

Fecha: \_\_\_\_\_

### Para uso interno de ASES

|  |  |  |
|--|--|--|
| Nombre de la persona que refiere el caso a la Oficina Legal  |  |  |
| Fecha: _____   | Tipo de Audiencia: <input type="checkbox"/> Expedita <input type="checkbox"/> Estándar |  |
| Recibida dentro del término de 30 días de la fecha de la determinación de apelación<br>(Se conceden cinco días de gracia a partir de la fecha de la determinación) | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No                                |  |
| Expediente Incluido: <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si no se incluye, especifique las fechas en que se solicitó e incluya la evidencia.   |  |  |