

NOTIFICACIÓN DE LA DECISIÓN DE REEMBOLSO DE FACTURAS MÉDICAS POR PARTE DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA MÉDICA

FECHA DE LA NOTIFICACIÓN:		NOMBRE Y DIRECCIÓN DE AGENCIA/CENTRO U OFICINA DE DISTRITO		
NÚMERO DE CASO	NÚMERO CIN			
CASO A NOMBRE DE (y nombre de persona a cargo, de estar presente) Y DOMICILIO				
		NÚMERO GENERAL DE TELÉFONO PARA PREGUNTAS O AYUDA _____		
		Conferencia con la Agencia _____		
		Información sobre Audiencia Imparcial y Asistencia _____		
		Acceso a los Archivos _____		
		Información sobre Asistencia Legal _____		

NO. DE OFICINA	NO. DE UNIDAD	NO. DE TRABAJADOR(A)	NOMBRE DE LA UNIDAD O PERSONA A CARGO DEL CASO	NO. DE TELÉFONO
----------------	---------------	----------------------	--	-----------------

Esta notificación tiene por objeto comunicarle la decisión de este Departamento en relación con el reembolso de facturas médicas.

El/los profesional(es) médico(s) especificado(s) en el formulario adjunto OHIP-0032 (Detalles del Reembolso por Parte de Asistencia Médica) debe(n) recibir pago por servicios prestados a usted o a sus dependientes, por el/los monto(s) indicado(s). El formulario detalla la(s) factura(s) que usted nos envió.

A usted se le enviará por correo un cheque por el monto de \$ _____. Esto representa un reembolso (pago) del dinero que usted pagó por servicios médicos. El formulario adjunto detalla los montos de estos reembolsos.

Estos pagos se efectúan como resultado de la audiencia imparcial, (re)consideración de la agencia, o resolución judicial, de acuerdo a lo estipulado en la(s) notificación(es) con fecha(s) _____.

En el proceso de cálculo del monto de estos cheques, el Departamento revisó la(s) factura(s) recibidas. El total de estas facturas es \$ _____. Las facturas rechazadas, de haberlas, están indicadas, junto con la(s) razón(es) de tal decisión, en el formulario adjunto OHIP-0032 (Detalles del Reembolso por Parte de Asistencia Médica).

Las facturas restantes, si cualquiera, deberán ser pagadas de acuerdo al índice de Asistencia Médica en vigencia al momento en que los servicios fueron prestados (menos sus ingresos excesivos, de haberlos).

Las facturas presentadas no son reembolsables por parte del Programa de Asistencia Médica. La(s) razón(es) de esta negativa se indica(n) en el formulario adjunto OHIP-0032 (Detalles del Reembolso por Parte de Asistencia Médica).

La ley y/o reglamento que nos permite tomar esta decisión es 18 NYCRR 360-7.5(a)(1).

LA REGLAMENTACIÓN ESTIPULA QUE USTED DEBE NOTIFICAR INMEDIATAMENTE A ESTE DEPARTAMENTO SOBRE CUALQUIER CAMBIO EN SUS NECESIDADES, RECURSOS, CIRCUNSTANCIAS DE VIDA O SU DOMICILIO

**USTED TIENE EL DERECHO DE APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN
ASEGÚRESE DE LEER EL REVERSO DE ESTA NOTIFICACIÓN SOBRE CÓMO APELAR EN CONTRA DE ESTA DECISIÓN.**

LDSS-3869 S (9/10) Reverso

DERECHO A UNA CONFERENCIA: Usted puede solicitar una conferencia para examinar la decisión tomada. Si desea solicitar una conferencia, hágalo lo más pronto posible. Si en la conferencia nos percatamos que nuestra decisión es incorrecta; o si en base a la información que usted nos brinde, decidimos cambiar la decisión tomada, tomaremos la medida correctiva y le enviaremos una nueva notificación. Puede solicitar una conferencia llamando al número de teléfono que aparece en la primera página de esta notificación o enviándonos una carta a la dirección que aparece en esa misma página. Ese número es solamente para solicitar una conferencia con la agencia y **no es la manera de solicitar una audiencia imparcial**. Si solicita una conferencia, todavía tiene derecho a una audiencia imparcial. Lea la siguiente información sobre audiencias imparciales.

DERECHO A UNA AUDIENCIA IMPARCIAL: Si usted cree que la decisión descrita anteriormente es incorrecta, puede solicitar una audiencia estatal imparcial de las siguientes maneras:

- 1) **Por teléfono:** Llame al número de teléfono estatal: 800 342-3334 (*FAVOR DE TENER A MANO ESTA NOTIFICACIÓN CUANDO LLAME*).
- 2) **Por fax:** Envíe una copia de esta notificación al (518) 473-6735
- 3) **Por internet:** Rellene una petición electrónica en el siguiente sitio:
<http://www.otda.state.ny.us/oah/forms.asp>
- 4) **Por escrito:** Rellene este aviso y envíe una copia a: *Fair Hearing Section, New York State Office of Temporary and Disability Assistance, P.O. Box 1930, Albany, New York 12201*. Favor de quedarse con una copia.

Deseo una audiencia imparcial. La decisión de la agencia es incorrecta porque: _____

Nombre (en letra de molde): _____ Número de caso: _____

Domicilio: _____ Teléfono: _____

Firma del cliente: _____ Fecha: _____

USTED TIENE 60 DÍAS A PARTIR DE LA FECHA DE ESTA NOTIFICACIÓN PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA IMPARCIAL

Si usted solicita una audiencia imparcial, el Estado le enviará una notificación informándole dónde y cuándo se llevará a cabo la audiencia. Usted tiene derecho a ser representado por un asesor legal, un pariente, un amigo(a) u otra persona, o de representarse así mismo(a). En la audiencia, usted, su abogado u otro representante tendrán la oportunidad de presentar evidencia escrita y oral que demuestre por qué no se debe tomar la medida, como también la oportunidad de interrogar a toda persona que comparezca en la audiencia. Además, usted tiene el derecho de presentar testigos que avalen su caso. Le sugerimos traer consigo todo documento pertinente que avale su caso, tales como: talonario de cheques de pago, recibos, facturas médicas, facturas de calefacción, comprobantes médicos, cartas, etc.

ASISTENCIA LEGAL: Si necesita asesoría legal gratuita, podría obtenerla llamando al número local de la Sociedad de Ayuda Legal o cualquier otro grupo de abogacía. Puede localizar la Sociedad de Ayuda Legal o un grupo de abogacía en las Páginas Amarillas del directorio telefónico bajo «*Lawyers*» (abogados), o llamando al número que aparece en la primera página de esta notificación.

ACCESO A SU ARCHIVO Y COPIAS DE DOCUMENTOS: En preparación para la audiencia, usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso. Si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de documentos contenidos en su archivo; los mismos que entregaremos al funcionario a cargo de la audiencia imparcial. Además, si nos llama o nos escribe, le brindaremos, sin cargo, copias de otros documentos contenidos en su archivo y los cuales usted considere necesarios en preparación para la audiencia imparcial. Si desea solicitar documentos o averiguar la modalidad a seguir para consultar su archivo, llámenos al número de teléfono de Acceso a Archivos que aparece en la parte superior de la primera página de esta notificación, o mande una carta a la dirección indicada en esa misma página.

Si desea copias de documentos que figuran en su archivo, solicítelas con anticipación. Se le proporcionarán dentro de un lapso de tiempo razonable antes de la fecha fijada de la audiencia. Los documentos se le enviarán por correo sólo si usted específicamente lo solicita.

INFORMACIÓN: Si desea información adicional sobre su caso, cómo solicitar una audiencia imparcial, cómo consultar su archivo o cómo obtener copias adicionales de documentos, sírvase llamarnos al número de teléfono señalado en la **primera página** de este aviso o mande una carta a la dirección que figura en esa misma página.

ATENCIÓN: Los niños menores de 19 años de edad que no reúnen los requisitos de Child Health Plus A o de algún otro seguro médico, podrían reunir los requisitos del Seguro de Salud Child Health Plus B (Child Health Plus B). El seguro brinda atención y cuidados de salud para niños. Si desea información llame al 1-800-522-5006.