LIBERTY DENTAL PLAN

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA DEL ESTADO DE CALIFORNIA

Department of Managed Health Care Help Center 980 9th Street, Suite 500 Sacramento, CA 95814 **Fax: (916) 229-0465** www.healthhelp.ca.gov	**Fecha:**		
	Mes:	Día:	Año:

Asunto: Solicitud de revisión de la cancelación, rescisión o no renovación de los beneficios del plan de servicios de atención médica

583 **CÓDIGO DE REGLAMENTOS DE CALIFORNIA** **§ 1300.65.1**

Solicito que el Director del Departamento de Atención Médica Administrada revise la cancelación, rescisión, no renovación del contrato del plan, inscripción o suscripción de los beneficios del plan de salud, de conformidad con las secciones 1365 o 1389.21 de la Ley del Plan de Servicios de Atención Médica de Knox-Keene de 1975, como sigue:

1. Nombre del afiliado, suscriptor o titular del contrato grupal cuyos beneficios fueron cancelados, rescindidos o no renovados:		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
2. Nombre del afiliado, suscriptor o titular del contrato grupal cuyos beneficios fueron cancelados, rescindidos o no renovados:		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
3. Nombre del suscriptor, si es diferente a la sección "1" indicada anteriormente:		
Nombre:	Segundo nombre:	Apellido:

4. Nombre del Plan:	**5. Cuenta del suscriptor o afiliado o número de identificación:**
Plan:	Número:

6. Fecha en que se recibió el aviso de cancelación (si se conoce):			
Fecha del Aviso:	Mes:	Día:	Año:

7. Adjunte copias de:
(a) El aviso de cancelación enviado por el Plan.
(b) Cualquier correspondencia con el Plan respecto a la cancelación, rescisión o no renovación.
(c) Comprobante de pago del último período de cobertura pagado y fecha de pago.

8. ¿Sabe por qué el Plan canceló, rescindió o no renovó su cobertura? En caso afirmativo, explíquelo.

☐ **Sí** ☐ **No**

9. Indique por qué considera que la cancelación, rescisión o no renovación es incorrecta.

10. Explique por qué considera que la causa o las causas de cancelación descritas en el aviso de cancelación son incorrectas. Adjunte copias de cualquier documento que ayude a explicar su posición.

11. ¿La cancelación, rescisión o no renovación impide que usted o cualquier afiliado cubierto por la póliza reciba servicios de atención médica médicamente necesarios? En caso afirmativo, explíquelo.

☐ **Sí** ☐ **No**

12. ¿La persona nombrada en la sección "11" anteriormente detallada, cuyos beneficios de atención médica fueron cancelados, rescindidos o no renovados, ha recibido atención médica desde la cancelación, rescisión o no renovación? En caso afirmativo, ¿qué servicios se recibieron y cuánto costaron?

☐ **Sí** ☐ **No**

Firma del Demandante:	**X**

NOTA: Autoridad citada: Sección 1344, Código de Salud y Seguridad. Referencia: Sección 1365, Código de Salud y Seguridad.