



Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte
División de Asistencia Médica

2501 Mail Service Center • Raleigh, N. C. 27699-2501 • Tel 919-855-4100 • Fax 919-733-6608

Beverly Eaves Perdue, Gobernadora
Lanier M. Cansler, Secretario

Craig L. Gray, MD, MBA, JD, Director

[insert date]

[insert name and address]

Asunto: Revisión Interna de Primer Nivel de Health Choice
Miembro: [insert member name]
N.º de Miembro de NCHC: [insert #]
Fecha de la Solicitud: [insert date]
Fecha de la Revisión: [insert date]

Estimado/a [insert Mr. or Ms. and last name]:

La División de Asistencia Médica (DMA, por sus siglas en inglés) recibió su solicitud de revisión de primer nivel. La DMA revisará la documentación presentada para tomar una decisión sobre el caso. Si tiene documentación adicional que no haya presentado, pero que quisiera poner a consideración de la DMA, comuníquese inmediatamente con la DMA al (919) 855-4100 para concertar el envío de la información adicional.

Recibirá un aviso de la decisión de la DMA por correo certificado. Si no está conforme con la decisión de la DMA, tendrá 15 días desde la fecha de la decisión de la revisión de primer nivel para solicitar una revisión externa de segundo nivel.

Si tiene preguntas sobre esta revisión interna de primer nivel o sobre la presentación de información adicional, comuníquese con el Coordinador de Revisiones al (919) 855-4100.

Atentamente,

[Name and credentials]

[Title]

C: Personal de Health Choice (Quien tomó la decisión)
Registro del Beneficiario
Proveedor

