

Vía correo certificado

Solicitud acelerada para el acceso oportuno a la terapia

Su dirección

Dirección del Plan de Salud

Fecha

A quien le interese;

Le escribo en nombre de mi hijo, \_\_\_\_\_ (nombre), (Fecha de nacimiento, identificación del Plan de Salud #). \_\_\_\_\_ Es un miembro de \_\_\_\_\_ (grupo médico) y es un paciente del Dr. \_\_\_\_\_ (médico de atención primaria).

(Si niño tiene un diagnóstico de TEA): \_\_\_\_\_ (nombre del niño) fue diagnosticado con un trastorno del espectro autista en \_\_\_\_\_ (fecha) por el Dr. \_\_\_\_\_ (o grupo / Hospital o Centro Regional). \_\_\_\_\_ (Nombre del niño) necesita los siguientes servicios: (especificar) \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ y \_\_\_\_\_ (ejemplo, ABA, terapia de lenguaje, terapia de grupo de habilidades sociales).

(Si se sospecha que el niño tiene autismo):

\_\_\_\_\_ (Nombre del niño) se proyectó para el autismo por el Dr. \_\_\_\_\_ (fecha) \_\_\_\_\_ y se determinó que \_\_\_\_\_ (nombre del niño) que necesita una evaluación de autismo.

He llamado a el plan de salud y me dijeron \_\_\_\_\_ (describir). He llamado a los siguientes proveedores de su lista de planes:

DR Un \_\_\_\_\_ no están recibiendo nuevos pacientes.

Dr. B \_\_\_\_\_ tiene una lista de espera de 6 meses.

Dr. C (describe la situación de cada uno de los proveedores)

No hay proveedores que están disponibles para ver a mi hijo.

De acuerdo con el Departamento de Administración de Acceso Oportuno de la Atención Sanitaria que cuida las normas, de mi plan de salud, mi hijo debe tener atención de salud mental dentro de los 10 días hábiles y 15 días hábiles para otras condiciones. El

Departamento de Atención Médica Administrada considera que los niños con autismo deben tener tratamiento oportuno un asunto urgente de salud y ha incluido esto en regulaciones anteriores. Por favor considerar esta solicitud de \_\_\_\_\_ (tratamiento / evaluación) una queja acelerada formal. Por favor, póngase en contacto conmigo por escrito tan pronto como sea posible a la dirección anterior con los nombres de los proveedores que tienen experiencia en el autismo y la disponibilidad para ver a mi hijo. (si tiene un proveedor que puede ver a su hijo): Si usted no tiene a nadie en su red que pueda ver a mi hijo, por favor me dan el permiso por escrito para ver a alguien fuera de la red. (si usted no tiene un proveedor que puede ver a su hijo, deje hacia fuera la última frase).

Gracias por su cooperación en este asunto urgente.

Sinceramente,

Cc: DMHC, DHCS