

**SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE APELACIONES SEGÚN
EL PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO PARA NIÑOS (CHIP, EN INGLÉS)
DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS**

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) puede ayudarlo con los problemas que usted pudiera tener con los servicios de atención médica. Por ejemplo:

- servicios de atención médica;
- atención brindada por su médico u otro profesional de la salud;
- problemas con sus expedientes;
- decisiones tomadas por BCBSTX.

¿Tiene preguntas sobre su atención? Hable con su médico. Si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una apelación, también puede llamar sin costo a Servicio al Cliente de BCBSTX, al **1-888-657-6061**, de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m, Hora Centro. Si tiene impedimentos auditivos o del habla, puede llamar sin costo a la línea TTY al **7-1-1**.

Usted puede apelar una decisión en los siguientes casos:

- porque no recibió el servicio que deseaba;
- porque no recibió todos los servicios aprobados que solicitó;
- porque un servicio que ya fue aprobado finaliza;
- porque no recibió el servicio de manera oportuna.

Puede presentar una apelación, o una apelación acelerada, llamando sin costo a Servicio al Cliente de BCBSTX, al **1-888-657-6061** (TTY: **7-1-1**). También puede enviar una apelación por escrito. Debe presentar la apelación ante BCBSTX dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de esta carta que explica el motivo del rechazo de cobertura del servicio médico. Puede escribir a la siguiente dirección:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Fax: 1-855-235-1055**

- Tiene derecho a designar una persona que usted elija, incluso un abogado, para que lo ayude con la apelación.
- Tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información para su apelación. Puede hacerlo en forma oral o escrita.
- Tiene derecho a ver y recibir copias sin costo de todos los documentos u otra información relacionados con su apelación, según lo permita la ley. Usted debe pedir las copias.
- También puede pedir, sin costo alguno, una copia de los beneficios y una copia del documento que informa cómo se tomó la decisión.

Blue Cross and Blue Shield of Texas le enviará una carta de acuse de recibo dentro de los cinco (5) días hábiles luego de que recibamos la apelación. Si usted presenta la apelación por teléfono, le enviaremos la carta de acuse de recibo y un formulario de apelación. Debe completar el formulario y enviárnoslo. Si no nos envía el formulario de apelación, tomaremos la decisión basándonos en la información que ya tenemos y le responderemos antes de los 30 días calendario luego de recibir su apelación. La carta también detallará la información que BCBSTX necesita. Envíenosla para ayudarnos a revisar su apelación.

Blue Cross and Blue Shield of Texas revisará toda la información de salud sobre los servicios por los cuales presentó la apelación. El médico que revisará su caso tendrá la misma especialidad, o una muy similar, que la del médico que generalmente les brinda atención a usted o a su hijo cuando tienen algún problema de salud. Este médico no habrá participado en el rechazo anterior. El médico revisor decidirá si la atención que usted solicita es necesaria de acuerdo con el expediente médico de su hijo.

Si se rechaza la apelación y, dentro de los 10 días hábiles, su profesional de la salud presenta por escrito una solicitud a BCBSTX en la que manifiesta un motivo justificado para que un profesional de la salud de una especialidad específica revise su apelación, el caso será revisado por un profesional de la salud de dicha especialidad o de una similar. Completaremos la apelación de especialidad y enviaremos nuestra decisión por escrito al asegurado o a la persona que actúa en nombre del asegurado y al profesional de la salud dentro de los 15 días hábiles de recibir la solicitud de apelación de especialidad.

Una apelación por daño cerebral adquirido es una apelación de servicios rechazados relacionados con un daño cerebral adquirido. Se tomará una decisión dentro de los tres días hábiles posteriores a la fecha en que envíe la apelación. Le informaremos la decisión por teléfono. También le enviaremos una carta de decisión dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la apelación.

Una apelación (reclamación) retrospectiva se completará dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la apelación. Podemos extender esta fecha límite una vez por un período que no supere los 15 días.

Solicitud de apelación rápida (acelerada)

Si usted, la persona que actúa en su nombre o el profesional de la salud consideran que esperar el resultado de la decisión durante 30 días calendario puede empeorar la salud o el bienestar de su hijo, puede solicitar una apelación más rápida. Una apelación rápida puede solicitarse para un rechazo de atención médica de emergencia, un rechazo de atención por una enfermedad que pone en riesgo su vida y un rechazo de estadía en hospital mientras aún está en el hospital. No necesita presentar su apelación por escrito si desea solicitar una apelación rápida.

Tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información para su apelación. Puede hacerlo en forma oral o escrita. Tiene un plazo determinado para enviar la información que necesitamos cuando se solicita una apelación acelerada.

Examinaremos su caso y le informaremos nuestra decisión dentro de un (1) día hábil de la recepción de toda la información necesaria para completar la apelación o dentro de 72 horas después de que recibimos la solicitud de apelación. Le comunicaremos nuestra decisión verbalmente o por correo electrónico. También le enviaremos una carta para informarle nuestra decisión dentro de los 3 días hábiles de la notificación verbal o electrónica.

Si tiene un problema o una queja

Queremos ayudarlo. Usted, o la persona que lo represente, puede presentar una queja:

- por escrito;
- por teléfono;
- por medios electrónicos.

Nos encargaremos de la queja cuando la recibamos o la enviaremos al sector que corresponda para que le brinden una respuesta. Le informaremos nuestra decisión por escrito.

Cómo presentar una queja ante BCBSTX

Puede presentar una queja si tiene un problema relacionado con la calidad de la atención médica o la ayuda que recibe. Usted o la persona que lo represente pueden llamarnos o escribirnos.

Además, usted, la persona que actúa en su nombre o el profesional de la salud pueden presentar una queja si usted no está conforme con la manera en que manejamos la revisión.

Usted puede completar un formulario de queja. Puede encontrar los formularios en los lugares donde recibe atención, por ejemplo, en el consultorio de su médico. También puede escribirnos una carta para explicarnos el problema. Describa detallada y claramente los motivos de su inconformidad. Cuéntenos quién, qué, cuándo, dónde y por qué. Adjunte documentos al formulario o a la carta para que podamos tomar la decisión. Envíe el formulario completo o la carta a la siguiente dirección:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
Fax: 1-855-235-1055**

También puede llamarnos para informarnos su queja. Llámenos sin costo al **1-888-657-6061** o a la línea TTY al **7-1-1**.

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información para su queja. Puede hacerlo en forma oral o escrita. Recibirá una carta de acuse de recibo de BCBSTX dentro de los cinco (5) días hábiles luego de que recibamos su queja. Si usted presenta la queja en forma oral, la carta de acuse de recibo incluirá un formulario de queja. Complete el formulario y envíenoslo. Puede incluir más información que nos ayude a resolver su queja.

Mientras BCBSTX investiga su problema, reuniremos información de todas las partes involucradas en su queja. Entre ellas, profesionales de la salud, centros, personal del seguro de gastos médicos, etc. Analizaremos toda la información.

Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja por escrito. La carta de decisión incluirá los motivos por los cuales tomamos tal decisión.

Organización revisora independiente

Si no está satisfecho con la decisión de BCBSTX en cuanto a su apelación, podrá solicitar una revisión externa a través de una organización revisora independiente (IRO, en inglés). Solo podrá solicitar una revisión externa si ya cumplió con todo el proceso interno de apelación de BCBSTX.

Solo puede solicitar una revisión de la IRO en los siguientes casos:

- porque no recibió el servicio que deseaba;
- porque no recibió todos los servicios aprobados que solicitó;
- porque un servicio que ya fue aprobado finaliza;
- porque no recibió un servicio de manera oportuna.

Tiene 4 meses a partir de la fecha en que recibe la decisión para presentar una solicitud de revisión externa. Tiene derecho a recibir una revisión inmediata de una organización IRO si tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida. También puede solicitar la revisión inmediata de un rechazo de medicamentos con receta o infusiones intravenosas para los que actualmente recibe beneficios. La organización IRO no tiene relación contractual ni con BCBSTX ni con sus profesionales médicos.

La revisión no tiene costo para usted. Usted o alguna persona en quien confíe pueden enviar una solicitud por escrito a BCBSTX a la siguiente dirección:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas
C/O Complaints and Appeals Department
P.O. Box 660717
Dallas, TX 75266
fax: 1-855-235-1055**

Usted, su profesional médico o una persona en quien confíe también pueden enviar una solicitud de revisión externa directamente a una de las siguientes organizaciones IRO:

Por teléfono o correo postal:

**Dane Street
7111 Fairway Drive, Suite 201
Palm Beach Gardens, FL 33418
tel.:888-920-4440**

O

**MAXIMUS Federal Services
3750 Monroe Avenue, Suite 705
Pittsford, NY 14534
fax: 1-888-866-6190**

Podrá consultar copias de solicitud de apelación y el formulario de MAXIMUS Federal Services IRO en espanol.bcbstx.com/CHIP.

** Adjunto encontrará una lista de los servicios legales por condado sin costo alguno.

To get auxiliary aids and services, or to get written or oral interpretation to understand the information given to you, including materials in alternative formats such as large print, braille or other languages, please call BCBSTX CHIP Customer Service at 1-888-657-6061 (TTY/TDD 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of Texas complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Texas does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
 - Qualified sign language interpreters
 - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
 - Qualified interpreters
 - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Texas has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hsc.net. You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al Servicio al Cliente de CHIP de BCBSTX al 1-888-657-6061 (TTY/TDD 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of Texas cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Blue Cross and Blue Shield of Texas no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Proporciona asistencia y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
 - Intérpretes de lenguaje de señas capacitados.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
 - Intérpretes capacitados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita recibir estos servicios, comuníquese con Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas no le proporcionó estos servicios o lo discriminó de otra manera por motivos de origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar un reclamo a la siguiente persona: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, Civilrightscoordinator@hcsc.net. Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, Civil Rights Coordinator está a su disposición para brindársela.

También puede presentar un reclamo de derechos civiles ante la Office for Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles) del Department of Health and Human Services (Departamento de Salud y Servicios Humanos) de EE. UU. de manera electrónica a través de Office for Civil Rights Complaint Portal, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o bien, por correo postal a la siguiente dirección o por teléfono a los números que figuran a continuación:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Puede obtener los formularios de reclamo en el sitio web <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوٲ: رگا هب ناب زي سراف وگا ٲ فگ يم دي نك، ٲ لاي هسٲ ي ناب ز هب ٲ روص ناگ يار ي ارب امش مهارف ي م د شاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامٲ دي ري گب.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຈະມີມີໄວ້ສຳລັບທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

Para obtener asistencia y servicios auxiliares, o para obtener interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, lo que incluye materiales en formatos alternativos, como letra grande, braille u otros idiomas, llame al Servicio al Cliente de CHIP de BCBSTX al 1-888-657-6061 (TTY/TDD 7-1-1).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں
1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं।
1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوٲ: رگا ا ه ن ا ب ز ي س ر ا ف و گ ت ف گ ي م د ي ن ک، ت ل ا ي ه س ت ي ن ا ب ز ه ب ت ر و ص ن ا گ ي ا ر ي ا ر ب ا م ش م ه ا ر ف ي م د ش ا ب . ا ب
1-855-710-6984 (TTY: 711) س ا م ت د ي ر ي گ ب .

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો ન:શુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો
1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄມນມີຮ່ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).