

**YOUR RIGHTS FOR APPEAL UNDER  
BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS  
CHILDREN'S HEALTH INSURANCE PROGRAM (CHIP)**

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) can help you with problems you might have with your health-care services, such as:

- Getting health care services
- Care from your doctor or other health-care provider
- Problems with your records
- A decision made by BCBSTX

Please talk to your doctor if you have questions about your care. You also can call BCBSTX Customer Service toll-free at **1-888-657-6061**, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m., Central Time, if you have questions or need help filing an appeal. If you have hearing or speech loss, you can call the TTY line toll-free at **7-1-1**.

You can appeal a decision for:

- Not getting a service you wanted
- Not getting all the services approved that you asked for
- A service ending that was approved before
- Not getting a service in a timely way

You can file an appeal, or expedited appeal, by calling BCBSTX Customer Service toll-free at **1-888-657-6061**, or TTY at **7-1-1**. You can also send in a written appeal. You must file your appeal with BCBSTX no later than 60 calendar days from the date of this letter that explains the reason for your denial of coverage for a medical service. You can write to:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas  
C/O Complaints and Appeals Department  
P.O. Box 27838  
Albuquerque, NM 87125-7838**

**Fax:**

**1-855-235-1055**

- You have the right to have anyone you choose, including a lawyer, to help you with your appeal.
- You have the right to give written comments, documents, or other information for your appeal either by calling or in writing.
- You have the right to see and get copies of all documents, or other information that have to do with your appeal as allowed by law, at no cost to you. You must ask for these copies.
- You can also ask for a copy of the benefits and a copy of the document that tells how the decision was made at no cost to you.

BCBSTX will send you an acknowledgement letter within five (5) business days of our receipt of your appeal telling you that we received it. If your appeal was received by phone, the acknowledgement letter will have an Appeal Form. We ask that you complete the Appeal Form and return it to us. If the Appeal Form is not returned to us, we will make the decision based on information we already have and respond no later than 30 calendar days after receiving your appeal. The letter also will tell you what information BCBSTX needs to receive to help us review your appeal.

BCBSTX will look at all the health information about the services you are appealing. The doctor that will look at your case will have the same, or close to the same, specialty as the doctor who would usually give you or your child care for health issues. This doctor was not involved in the prior denial. The doctor reviewer will decide if the care you are asking for is needed based on your child's health record.

If an appeal is denied and within 10 working days your health care provider submits a request in writing to BCBSTX demonstrating good reason for having a particular type of specialty provider review your appeal, BCBSTX will have a provider in the same or similar specialty review the case. This review will be completed within 15 working days of us receiving the request.

### **Fast (Expedited) Appeal Request**

If you believe that waiting on a decision for 30 calendar days could make your child's health or well-being worse, you can ask for a faster appeal. You do not need to send in a written letter of your appeal if you are asking for a faster appeal.

A BCBSTX Medical Director will review your request for a faster appeal. The Medical Director will decide if the standard appeal review time frame would put at risk your:

- Life
- Health
- Being able to attain, maintain, or regain your best level of function

You have the right to give written comments, documents, or other information for your appeal either by calling or in writing. You only have a certain amount of time to send what we need when we ask you for a faster appeal.

If your request for fast (expedited) appeal is approved, we will keep looking at your case and tell you our decision within 72 hours. We will let you know about the decision verbally. We will also send you a letter telling you what we decide.

If we do not approve a faster appeal when we look at your case, then your appeal will go through the standard appeal steps. We will let you know about the decision verbally. We will also send you a letter within two (2) calendar days that tells you this.

If your request for a faster appeal is about an emergency that keeps occurring or denial of a hospital stay while you are still in the hospital, we will look at your case and tell you our decision within one (1) working day. We will let you know about the decision verbally. We will also send you a letter telling what we decide.

## **Independent Review Organization (IRO)**

You can only file for an IRO review after going through BCBSTX's appeals process, or if BCBSTX fails to comply with its internal appeal process, or after your request was denied if you have a life-threatening condition. You have 4 months from the date you received the decision notice to file your external review request. You have the right to an immediate review by an IRO if you have a life-threatening condition. You must submit a request to BCBSTX on the enclosed IRO form required by TDI.

You can only ask for an IRO review for:

- Not getting a service you wanted
- Not getting all the services approved that you asked for
- A service ending that was approved before
- Not getting a service in a timely way

If you ask for an IRO review, BCBSTX will send your request to the Texas Department of Insurance (TDI). TDI will decide who will review your case. You do not have to pay for the review. You or someone you trust can send a written request to BCBSTX at this address:

**Blue Cross and Blue Shield of Texas**  
**C/O Complaints and Appeals Department**  
**P.O. Box 27838**  
**Albuquerque, NM 87125-7838**  
**Fax: 1-855-235-1055**

## **Texas Department of Insurance (TDI)**

You, your provider, or someone that you trust can file a complaint with TDI. You can write or call:

**Texas Department of Insurance**  
**Consumer Protection (111-1A)**  
**P.O. Box 149091**  
**Austin, Texas 78714-9091**  
**Toll-free Consumer Help Line: 1-800-252-3439**  
**Website: <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>**

\* TDI IRO Form is attached as part of the mailing.

\*\* Free list of legal aid services by County is attached as part of the mailing.

**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** o TTY al **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 27838**  
**Albuquerque, NM 87125-7838**  
**Fax: 1-855-235-1055**

- Usted tiene derecho a designar una persona que usted elija, incluso un abogado, para que lo ayude con la apelación.
- Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información para su apelación. Puede hacerlo en forma oral o escrita.
- Usted 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.

BCBSTX 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 Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

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.

BCBSTX 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. La revisión se completará dentro de los 15 días hábiles de la recepción de la solicitud.

### **Solicitud de apelación rápida (acelerada)**

Si considera 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. No necesita presentar su apelación por escrito si desea solicitar una apelación acelerada.

Las solicitudes de apelación acelerada son revisadas por un director médico de BCBSTX. El director médico decidirá si el plazo de revisión de la apelación estándar podría poner en riesgo:

- su vida;
- su salud;
- su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su nivel de funcionamiento óptimo.

Usted 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.

Si aprobamos su solicitud de apelación rápida (acelerada), seguiremos revisando su caso y le informaremos la decisión dentro de las 72 horas. Le comunicaremos esta decisión verbalmente. También le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Si no aprobamos una apelación acelerada cuando revisamos su caso, su apelación deberá resolverse a través de los pasos para una apelación estándar. Le comunicaremos esta decisión verbalmente. También le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los dos (2) días calendario.

Si su solicitud de apelación acelerada se debe a una emergencia en curso o al rechazo de una hospitalización mientras usted aún se encuentra en el hospital, revisaremos su caso y le informaremos la decisión dentro de un día hábil. Le comunicaremos esta decisión verbalmente. También le enviaremos una carta con nuestra decisión.

### **Organización de Revisión Independiente**

Solo podrá solicitar la revisión de una Organización de Revisión Independiente (IRO, en inglés) si ya pasó por el proceso de apelación de BCBSTX, si BCBSTX no cumple con este proceso de apelación interno o luego de que se rechace una solicitud si tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida. Tiene 4 meses a partir de la fecha en que recibe la decisión para presentar una solicitud de revisión externa. Usted tiene derecho a recibir una revisión inmediata de una IRO si tiene una enfermedad que pone en riesgo su vida. Debe presentar una solicitud a BCBSTX mediante el formulario de la IRO adjunto requerido por el Departamento de Seguros de Texas (TDI, en inglés).

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 el servicio de manera oportuna.

Si solicita una revisión de la IRO, BCBSTX le enviará la solicitud al TDI. El TDI decidirá quién revisará su caso. La revisión no tiene costo. Usted o alguna persona en quien confíe puede 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 27838**  
**Albuquerque, NM 87125-7838**  
**Fax: 1-855-235-1055**

### **Departamento de Seguros de Texas**

Usted, su profesional de la salud o una persona en quien confíe pueden presentar una queja al Departamento de Seguros de Texas (TDI, en inglés). Puede escribir o llamar:

**Texas Department of Insurance**  
**Consumer Protection (111-1A)**  
**P.O. Box 149091**  
**Austin, Texas 78714-9091**  
**Línea de ayuda sin costo para el consumidor: 1-800-252-3439**  
**Sitio web: <http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html>.**

\* Se adjuntará el formulario de la IRO requerido por el TDI.

\*\* Se adjuntará una lista de los servicios de ayuda legal 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., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hsc.net](mailto: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., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hsc.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।

توجه: اگر بہ زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی به صورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرید.

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 નિઃશુલ્ક 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, ແມ່ນມີຮ່ວມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).