

**SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE APELACIONES
BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS
REFORMA PARA ACCESO DEL ESTADO DE TEXAS (STAR Kids)
UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA DE MEDICAID DE 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.

Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre su atención. También puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) sin costo al **1-877-688-1811** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro, si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una apelación. Si tiene problemas de habla o audición, puede llamar a la línea TTY sin costo 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 **1-877-688-1811** 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 660717
Dallas, TX 75266
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.

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

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 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.

Recibirá la decisión sobre su apelación de parte de BCBSTX dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información sobre su caso antes de tomar una decisión sobre su apelación, BCBSTX podría demorar 14 días calendario más en tomar la decisión si consideramos que este tiempo adicional nos ayudará a tomar una decisión más justa sobre su caso. Los asegurados o los representantes autorizados legalmente pueden solicitar 14 días calendario más si consideran que necesitan más tiempo para enviar a BCBSTX información que pueda ayudarnos a tomar una decisión.

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.

Cómo mantener sus beneficios durante una apelación

Podría mantener sus beneficios durante una apelación si ocurre todo lo siguiente:

- Usted, o su médico en su nombre, presenta una apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que enviamos la carta de notificación de acción que indica que no se aprobó el servicio que solicitó. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal antes de la fecha de inicio de la notificación.
- La apelación se relaciona con atención médica que ha finalizado, se ha interrumpido durante cierto tiempo o se ha reducido.
- Un médico autorizado indicó los servicios.
- El primer período de la atención aprobada no ha finalizado.
- Usted solicita que sus beneficios duren más tiempo.

Si se rechaza la apelación, es posible que deba pagar el costo de los servicios que obtiene mientras su apelación esté pendiente.

Cómo solicitar una audiencia imparcial

Si usted no está de acuerdo con la decisión de BCBSTX sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés). Se debe completar el proceso de apelación de BCBSTX antes de poder presentar una audiencia imparcial, a menos que BCBSTX no tome una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días calendario. Usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación. Si no solicita la audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario después de la fecha de la notificación de resolución de la apelación, podría perder su derecho a solicitarla. Puede hablar usted mismo en la audiencia o puede designar a otra persona para que lo represente, como un médico, familiar, amigo, abogado, etc. Para designar a un representante, escriba una carta a BCBSTX. En ella, indique el nombre de la persona que quiere que lo represente.

Si cree que esperar una audiencia imparcial pondrá en grave riesgo su vida o salud, o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar su nivel de funcionamiento óptimo, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada llamando o escribiendo a BCBSTX. Debe completar todo el proceso de apelaciones aceleradas de BCBSTX antes de poder solicitar la audiencia imparcial estatal acelerada.

Envíe su solicitud de audiencia imparcial o audiencia imparcial acelerada 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

Cómo mantener sus beneficios durante una audiencia imparcial

Si solicita una audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación, usted podría continuar recibiendo el servicio o el beneficio que BCBSTX ha cancelado, suspendido o reducido, al menos, hasta que se tome la decisión final. Si no solicita una audiencia imparcial antes de esa fecha, el servicio o beneficio será cancelado, suspendido o reducido. Si pierde la audiencia imparcial, BCBSTX podría recuperar los costos del servicio o beneficio que se le brindó mientras se estaba revisando la apelación.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información en el cual se le indicará la fecha, el horario y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias se llevan a cabo por teléfono. Si desea que la audiencia se haga en persona, puede llamar al funcionario de audiencias de la HHSC y solicitarlo. Durante la audiencia, usted o su representante pueden informarle al funcionario de audiencias por qué necesita el servicio o por qué no está de acuerdo con la medida de BCBSTX.

Tiene derecho a revisar el contenido del expediente de su caso y cualquier registro que BCBSTX usará en la audiencia. Recibirá los registros que BCBSTX usará en la audiencia dentro de los 5 días calendario después de que se fije la fecha de la audiencia. La HHSC le informará la decisión final dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

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, debe presentar el problema por escrito.

Usted puede completar un formulario de queja. Puede encontrar 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**

Si no puede enviarnos el formulario o la carta, podemos ayudarlo. Llámenos sin costo al **1-877-688-1811** 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.

Cómo presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC)

Si no está conforme con los resultados de la queja de BCBSTX, puede comunicarse con la HHSC. Debe completar todo el proceso de quejas antes de que pueda presentar una queja ante la Oficina del Defensor del Consumidor de la HHSC por los siguientes medios:

- **Por teléfono:** Llame al 1-877-787-8999 o a la línea TTY al 1-800-735-2989 o 7-1-1.
- **Por correo:** Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman
MC H-700P
P.O. Box 13247
Austin, TX 78711-3247
- **Por fax:** 1-888-780-8099

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us.

Servicios legales a bajo costo o sin costo

Podría recibir servicios legales gratuitos o a bajo costo. Adjuntamos a esta carta una lista de proveedores de ayuda legal que podrían asistirlo.*

* Se adjunta una lista de los servicios de ayuda legal por condado sin costo alguno.

Participe en un programa de administración de casos clínicos

Usted podrá participar en uno de nuestros programas de administración de casos clínicos que lo ayudarán con su plan de atención. Si le gustaría obtener más información sobre cómo participar en uno de los programas de administración de casos clínicos o de coordinación de servicios de BCBSTX, o sobre el programa Administración de Casos Clínicos para Niños y Mujeres Embarazadas, llámenos al **1-855-390-6573**. Si tiene problemas de habla o audición, puede llamar a la línea TTY sin costo al **7-1-1**.

Reúnase con un miembro del personal de Compromiso con el Asegurado de BCBSTX

Usted tiene derecho a tener una reunión en persona con un miembro del personal de Compromiso con el Asegurado. También estarán presentes el administrador de Compromiso con el Asegurado, o la persona designada por este, el especialista en asegurados y otro personal de BCBSTX. Estas personas pueden ayudarlo a conocer sus derechos y responsabilidades, y a presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal. También lo ayudarán a llevar un registro de su apelación o audiencia imparcial durante el proceso. Podemos ayudarlo a programar una reunión. Lámenos al **1-877-688-1811** o a la línea TTY al **7-1-1**.

SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Nombre del asegurado: _____

Dirección del asegurado: _____

N.º de teléfono del asegurado: _____

N.º de Medicaid del asegurado: _____

Correo electrónico del asegurado: _____

Nombre de la cobertura: _____

Servicio rechazado: _____

Fecha del rechazo del servicio: _____

Sí, me gustaría solicitar una audiencia imparcial estatal a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Adjunto una copia de la carta de notificación.

Firma del asegurado

Fecha

Envíe este formulario por correo o fax:

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

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

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 STAR Kids de BCBSTX al 1-877-688-1811 (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 اها ب ناب زي سراف وگا ٲ فگ يم دي نك، ٲ لاي هسٲ ي ناب ز هب ٲ روص ناگا 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 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, ຄ່າມູນມີໄວ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).