



**Sus derechos relacionados con la presentación de apelaciones bajo
Blue Cross and Blue Shield of Texas
Reforma del Estado de Texas sobre el Acceso al
Programa de Atención Médica Administrada de Medicaid (STAR) y STAR Kids**

Los procesos que se describen en este folleto se aplican a todas las apelaciones de la cobertura médica, incluidas las apelaciones aceleradas.

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 finaliza un servicio que ya fue aprobado;
- porque no recibió un servicio en el momento en que lo necesitaba.

Solicite una apelación de la cobertura médica por cualquiera de los siguientes medios:

- Complete el *Formulario de solicitud de apelación de la cobertura médica* adjunto y envíelo por correo o fax a la dirección o al número que figuran en la parte superior del formulario.
- Llame sin costo al Departamento de Especialista en Servicio al Cliente de BCBSTX al **1-888-657-6061** para asegurados de STAR, **1-877-688-1811** para asegurados de STAR Kids o **TTY 7-1-1**, con atención de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., hora del centro.
- Puede enviar un correo electrónico a **GPDTXMedicaidAG@bcbsnm.com**.
- Llame al asesor para asegurados para que lo ayude a presentar una apelación al **1-877-375-9097 (TTY 711)**.

Debe solicitar una apelación por 60 días a partir de la fecha de esta notificación. Es posible que podamos aceptar su solicitud de apelación después de esta fecha si usted tiene un buen motivo para el retraso, como haber recibido nuestro aviso demasiado tarde.

Cómo mantener sus beneficios durante una apelación

Es posible que usted pueda seguir recibiendo estos servicios durante el proceso de apelación de su cobertura médica. Puede hacer esta solicitud marcando "Sí" en la pregunta "¿Desea que continúen sus servicios?" en el *Formulario de solicitud de apelación de la cobertura médica*. También puede llamar a BCBSTX al **1-888-657-6061** para asegurados de STAR o **1-877-688-1811** para asegurados de STAR Kids y avisar que desea mantener sus servicios durante la apelación.

Usted, o su médico en su nombre, presenta una apelación por 10 días naturales a partir de la fecha de esta notificación a partir de la fecha en que enviamos el aviso que indica que no se aprobó el servicio solicitado. Si pierde la apelación de su cobertura médica, es posible que tenga que reembolsar a BCBSTX por los servicios que usted recibió durante su apelación. BCBSTX no puede pedirle que devuelva el dinero de los servicios que recibió sin pedir primero permiso a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés).

Si usted no solicita una apelación de la cobertura médica y una solicitud para mantener sus servicios por 10 días a partir de la fecha de esta notificación o de la fecha en que cambiarán los servicios, no

seguirá recibiendo sus servicios. No obstante, todavía tiene tiempo para solicitar una apelación de la cobertura médica. Debe solicitar la apelación de la cobertura médica por 60 días a partir de la fecha de esta notificación. Es posible que podamos aceptar su solicitud de apelación después de esta fecha si usted tiene un buen motivo para el retraso. Esto incluye haber recibido tarde nuestro aviso de manera que no haya tenido el tiempo suficiente para solicitar una apelación.

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

Apelaciones aceleradas de la cobertura médica

Si considera que su salud podría resultar gravemente perjudicada por esperar una decisión sobre la apelación, usted o su médico pueden solicitar una apelación acelerada de la cobertura médica. Revisaremos su caso y determinaremos si usted es elegible para una apelación acelerada de la cobertura médica. Debemos decidir si aprobamos o rechazamos su apelación en un plazo de 72 horas desde su solicitud. Le avisaremos si usted no es elegible para una apelación acelerada. Procesaremos su apelación de acuerdo con los plazos estándares que se detallan a continuación. Puede presentar una queja si no está de acuerdo con nuestra decisión de rechazar su solicitud para una apelación acelerada de la cobertura médica.

- No necesita presentar su apelación por escrito si desea solicitar una apelación acelerada.
- 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 usted solicita una apelación acelerada.
- Si aprobamos su solicitud para una apelación 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 (1) día hábil. Le comunicaremos esta decisión verbalmente. También le enviaremos una carta con nuestra decisión.

Sus derechos durante el proceso de apelación de BCBSTX

- Debemos enviarle una carta para informarle que hemos recibido su solicitud de apelación de la cobertura médica dentro de los cinco días hábiles de haber recibido su solicitud.
- Debemos tomar una decisión sobre su apelación de la cobertura médica y enviársela por escrito dentro de los 30 días calendario de la solicitud.
- Puede pedirnos cualquier información que hayamos utilizado para tomar nuestra decisión. Si solicita esta información, se la enviaremos sin ningún costo, antes de la apelación y dentro de los cinco días calendario de la solicitud.

- Usted, su médico o su prestador de servicios médicos pueden presentar por escrito comentarios, documentos u otra información sobre la apelación de la cobertura médica por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita más tiempo para enviarnos información que pueda ayudar en su apelación, puede pedirnos que retrasemos la fecha de su apelación hasta 14 días calendario.
- Usted se puede representar o puede pedirle a un familiar, amigo, abogado u otra persona que actúe como su representante durante la apelación de la cobertura médica. Tendrá que pagar los honorarios que le cobren por representarlo. Para encontrar ayuda legal gratuita en su localidad, consulte la lista adjunta de proveedores de asistencia legal que acompaña esta carta y un directorio en <https://texaslawhelp.org/es>.
- Cuando le enviemos nuestra decisión sobre la aprobación o el rechazo de su apelación, también incluiremos información sobre su derecho a una audiencia imparcial ante el estado y a una revisión médica externa. Usted deberá esperar hasta después de que tomemos nuestra decisión para solicitar una audiencia imparcial ante el estado y una revisión médica externa.

¿Necesita ayuda?

Usted o alguien que usted elija puede llamar al Departamento de Especialista en Servicio al Cliente de BCBSTX sin costo al **1-888-657-6061** para asegurados de STAR o **1-877-688-1811** para asegurados de STAR Kids. Si tiene más preguntas sobre el proceso de apelación de la cobertura médica, llame a un defensor del asegurado de la HHSC al 866-566-8989 o complete el formulario en línea en hhs.texas.gov/es/quienes-somos/sus-derechos/oficina-del-ombudsman-de-hhs/ombudsman-de-hhs-ayuda-con-la-atencion-medica-administrada.

- 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. Seguidamente, debe enviar la apelación por escrito, y le responderemos antes de los 30 días calendario luego de recibir la 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 para estos tipos de problemas de salud. Este médico no participó en el rechazo anterior. El médico revisor decidirá si la atención que usted solicita es necesaria de acuerdo con su expediente médico o el de su hijo.

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 número del Departamento de Especialistas en Servicio al Cliente de BCBSTX al número en su tarjeta de asegurado.

Aviso de no discriminación

La cobertura médica es importante para todos

No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen (incluidos el conocimiento limitado del inglés y la lengua materna), edad, discapacidad o sexo (tal como se entiende en la reglamentación aplicable). Les proporcionamos a las personas con discapacidad las adaptaciones razonables y los medios de comunicación gratuitos que les permitan comunicarse eficazmente con nosotros. También ofrecemos servicios de asistencia lingüística sin costo a las personas cuyo primer idioma no es el inglés.

Para solicitar modificaciones razonables, ayudas de comunicación o asistencia lingüística sin costo, llámenos al **1-855-710-6984**.

Si cree que fallamos en proporcionarle algún servicio, o si considera que se le discriminó de alguna manera, puede presentar una inconformidad ante la Oficina del Coordinador de Derechos Civiles (Office of Civil Rights Coordinator):

Office of Civil Rights Coordinator
Attn: Office of Civil Rights Coordinator
300 E. Randolph St., 35th Floor
Chicago, IL 60601

Teléfono: **1-855-664-7270** (buzón de voz)
TTY/TDD: **1-855-661-6965**
Fax: **1-855-661-6960**
Correo electrónico: civilrightscordinator@bcbsil.com

Puede presentar una inconformidad por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, llame sin costo al número en su tarjeta de asegurado (TTY: 711).

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights) por estos medios:

US Dept of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building
Washington, DC 20201

Teléfono: **1-800-368-1019**
TTY/TDD: **1-800-537-7697**

Portal de quejas: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf> (en inglés)

Formularios de quejas: <https://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html> (en inglés)

Este aviso está disponible en nuestro sitio web, en <https://espanol.bcbstx.com/medicaid/pdf/medicaid-non-discrimination-tx.pdf>

ATTENTION: If you speak another language, free language assistance services are available to you. Appropriate auxiliary aids and services to provide information in accessible formats are also available free of charge. Call **1-855-710-6984** (TTY: 711) or speak to your provider.

Español Spanish	ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. También están disponibles de forma gratuita ayuda y servicios auxiliares apropiados para proporcionar información en formatos accesibles. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711) o hable con su proveedor.
العربية Arabic	تنبيه: إذا كنت تتحدث اللغة العربية، فستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية. كما تتوفر وسائل مساعدة وخدمات مناسبة لتوفير المعلومات بتنسيقات يمكن الوصول إليها مجانًا. اتصل على الرقم 1-855-710-6984 (TTY: 711) أو تحدث إلى مقدم الخدمة الخاص بك.

中文 Chinese	注意：如果您说中文，我们将免费为您提供语言协助服务。我们还免费提供适当的辅助工具和服务，以无障碍格式提供信息。致电 1-855-710-6984 (TTY: 711) 或咨询您的服务提供商。
Français French	ATTENTION: Si vous parlez Français, des services d'assistance linguistique gratuits sont à votre disposition. Des aides et services auxiliaires appropriés pour fournir des informations dans des formats accessibles sont également disponibles gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (TTY: 711) ou parlez à votre fournisseur.
Deutsch German	ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlose Sprachassistentendienste zur Verfügung. Entsprechende Hilfsmittel und Dienste zur Bereitstellung von Informationen in barrierefreien Formaten stehen ebenfalls kostenlos zur Verfügung. Rufen Sie 1-855-710-6984 (TTY: 711) an oder sprechen Sie mit Ihrem Provider.
ગુજરાતી Gujarati	ધ્યાન આપો: જો તમે બીજી ભાષા બોલો છો, તો તમારા માટે મફત ભાષા સહાય સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. સુલભ ફોર્મેટમાં માહિતી પ્રદાન કરવા માટે યોગ્ય સહાયક મદદ અને સેવાઓ પણ વિના મૂલ્યે ઉપલબ્ધ છે. 1-855-710-6984 (TTY: 711) પર કોલ કરો અથવા તમારા પ્રદાતા સાથે વાત કરો.
हिंदी Hindi	ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं, तो आपके लिए निःशुल्क भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। सुलभ प्रारूपों में जानकारी प्रदान करने के लिए उपयुक्त सहायक साधन और सेवाएँ भी निःशुल्क उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें या अपने प्रदाता से बात करें।
Italiano Italian	ATTENZIONE: Se parli italiano, puoi usufruire gratuitamente di servizi di assistenza linguistica. Sono inoltre disponibili, senza costi, strumenti e servizi ausiliari per ricevere informazioni in formati accessibili. Chiama il numero 1-855-710-6984 (TTY: 711) o rivolgiti a un assistente.
한국어 Korean	주의: [한국어]를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스를 이용하실 수 있습니다. 이용 가능한 형식으로 정보를 제공하는 적절한 보조 기구 및 서비스도 무료로 제공됩니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화하거나 서비스 제공업체에 문의하십시오.
Diné Navajo	SHÓÓ: Diné Bizaad k'ehjí éí dinit's'á'go, t'áá nizaad k'ehjí níká a'doo wołgo bohónéedzâ. Łahgo bee ata' hodoonigo áádóó éí doodago ałta'a át'éego níka a'doowołgo t'áá jiik'e nábee ahoot'í'. 1-855-710-6984 (TTY: 711) jį' hodíłni éí doodago nits'íís náyaa áhályánii bich'í' hadíłdzi.
فارسی Farsi	توجه: اگر فارسی صحبت می‌کنید، خدمات پشتیبانی زبانی رایگان در دسترس شما قرار دارد. همچنین کمک‌ها و تماس خدمات پشتیبانی مناسب برای ارائه اطلاعات در قالب‌های قابل دسترس، به‌طور رایگان موجود می‌باشند. با 1-855-710-6984 (TTY: 711) تماس بگیرید یا با ارائه‌دهنده خود صحبت کنید.
Polski Polish	UWAGA: Osoby mówiące po polsku mogą skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Dodatkowe pomoce i usługi zapewniające informacje w dostępnych formatach są również dostępne bezpłatnie. Zadzwoń pod numer 1-855-710-6984 (TTY: 711) lub porozmawiaj ze swoim dostawcą.
РУССКИЙ Russian	ВНИМАНИЕ: Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки. Соответствующие вспомогательные средства и услуги по предоставлению информации в доступных форматах также предоставляются бесплатно. Позвоните по телефону 1-855-710-6984 (TTY: 711) или обратитесь к своему поставщику услуг.
Tagalog Tagalog	PAALALA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, magagamit mo ang mga libreng serbisyonang tulong sa wika. Magagamit din nang libre ang mga naaangkop na auxiliary na tulong at serbisyo upang magbigay ng impormasyon sa mga naa-access na format. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711) o makipag-usap sa iyong provider.
اردو Urdu	توجه دیں: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کے لیے مفت زبان کی مدد کی خدمات دستیاب ہیں۔ قابل رسائی فارمیٹس میں معلومات فراہم کرنے کے لیے مناسب معاونامداد اور خدمات بھی مفت دستیاب ہیں۔ 1-855-710-6984 (TTY: 711) پر کال کریں یا اپنے فراہم کنندہ سے بات کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	LƯU Ý: Nếu bạn nói tiếng Việt, chúng tôi cung cấp miễn phí các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ. Các hỗ trợ và dịch vụ phụ trợ phù hợp để cung cấp thông tin theo các định dạng dễ tiếp cận cũng được cung cấp miễn phí. Vui lòng gọi theo số 1-855-710-6984 (TTY: 711) hoặc trao đổi với người cung cấp dịch vụ của bạn.