

Formulario de solicitud de apelación de la cobertura médica de BCBSTX

Para solicitar una apelación de la cobertura médica, puede llamarnos al **1-888-657-6061**, enviarnos un correo electrónico a GPDTXMedicaidAG@bcbsnm.com o puede completar este formulario y enviarnoslo por correo o por fax.

Por correo: 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

Debe solicitar una apelación dentro de los 60 días a partir de la fecha de envío de este aviso.

Si desea seguir recibiendo servicios durante su apelación, debe realizar la solicitud dentro de los diez días a partir de la fecha de envío de este aviso o de la fecha en que cambiarán los servicios.

Marque la apelación que desea solicitar:
Seleccione solo una.

- Apelación de la cobertura médica
 Apelación acelerada de la cobertura médica*

*Las apelaciones aceleradas de la cobertura médica solo deben solicitarse si usted considera que su salud podría resultar gravemente perjudicada por esperar una decisión sobre la apelación.

<Denial Reference Number: Number>

¿Desea que continúen sus servicios? Sí No

Debe solicitar la continuación de sus servicios dentro de los diez días a partir de la fecha de envío de este aviso o de la fecha en que cambiarán los servicios. Puede hacer esta solicitud por teléfono. Llámenos al **1-888-657-6061** si cree que este formulario no nos llegará antes de la fecha límite por correo postal.

Su información personal*

Nombre del asegurado:	Padre o representante autorizado:
N.º de asegurado de Medicaid y de asegurado principal:	Número de teléfono de preferencia:

*Si su información de contacto ha cambiado, llame al representante de inscripciones al **1-800-964-2777** o a BCBSTX al **1-888-657-6061 (TTY: 711)**.

Información de los padres o del representante autorizado

Usted se puede representar a sí mismo. Si desea que alguien lo represente, por ejemplo, un padre, pariente o amigo, complete la siguiente información. Al completar esta sección, usted autoriza a su representante designado a apelar y obtener información en su nombre.

Nombre:
Dirección:
Número de teléfono:

Motivo de la apelación

Esta sección es opcional. Puede completarla para informarnos sobre los servicios relacionados con la apelación y por qué cree que son necesarios.

Servicios relacionados con la apelación:
Por qué los necesita:

Firme este formulario:

Al firmar este formulario, usted o su representante autorizado solicitan una apelación y otorgan a su cobertura médica, BCBSTX, la autorización para obtener sus expedientes médicos y para comunicarse con su representante de apelación si enumeró alguno.

Firma del asegurado/representante autorizado

Nombre en letra de imprenta

Fecha

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 the Blue Cross and Blue Shield of Texas Customer Advocate Department on the back of your Member ID card.

Health care coverage is important for everyone.

We provide free communication aids and services for anyone with a disability or who needs language assistance. We do not discriminate on the basis of race, color, national origin, sex, gender identity, age, sexual orientation, health status or disability.

To receive language or communication assistance free of charge, please call us at 1-855-710-6984.

If you believe we have failed to provide a service, or think we have discriminated in another way, contact us to file a grievance.

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

Phone: 1-855-664-7270 (voicemail)
TTY/TDD: 1-855-661-6965
Fax: 1-855-661-6960

You may file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, at:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
Washington, DC 20201

Phone: 1-800-368-1019
TTY/TDD: 1-800-537-7697
Complaint Portal: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf>
Complaint Forms: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>

Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o servicios de interpretación oral o escrita para entender la información que se le brinda, incluidos los documentos en formatos alternativos como los impresos en letra grande, Braille u otros idiomas, llame al departamento de especialistas en Servicio al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas al número en su tarjeta de asegurado.

Tener cobertura médica es importante para todos.

Ofrecemos comunicación y servicios gratuitos para cualquier persona con impedimentos o que requiera asistencia lingüística. No discriminamos por motivos de raza, color, país de origen, sexo, identidad de género, edad, orientación sexual, estado de salud o discapacidad.

Para recibir asistencia lingüística o comunicativa de manera gratuita, llámenos al 1-855-710-6984.

Si cree que no hemos proporcionado un servicio, o si cree que ha sido discriminado de cualquier otra manera, comuníquese con nosotros para presentar una inconformidad.

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

Teléfono: 1-855-664-7270 (correo de voz)
TTY/TDD: 1-855-661-6965
Fax: 81-55-661-6960

Tiene el derecho de presentar una queja por derechos civiles en 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:

U.S. Dept. of Health & Human Services
200 Independence Avenue SW
Room 509F, HHH Building 1019
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>
Formulario de quejas: <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr/civilrights/resources/factsheets/spanish/cmpltfrmspanish.pdf>

If you, or someone you are helping, have questions, you have the right to get help and information in your language at no cost. To talk to an interpreter, call 855-710-6984.

Español Spanish	Si usted o alguien a quien usted está ayudando tiene preguntas, tiene derecho a obtener ayuda e información en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al 855-710-6984.
العربية Arabic	إن كان لديك أو لدى شخص تساعد أسئلة، فلدك الحق في الحصول على المساعدة والمعلومات الضرورية بلغتك من دون أية تكلفة. للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم 855-710-6984.
繁體中文 Chinese	如果您，或您正在協助的對象，對此有疑問，您有權利免費以您的母語獲得幫助和訊息。洽詢一位翻譯員，請撥電話號碼 855-710-6984。
Français French	Si vous, ou quelqu'un que vous êtes en train d'aider, avez des questions, vous avez le droit d'obtenir de l'aide et l'information dans votre langue à aucun coût. Pour parler à un interprète, appelez 855-710-6984.
Deutsch German	Falls Sie oder jemand, dem Sie helfen, Fragen haben, haben Sie das Recht, kostenlose Hilfe und Informationen in Ihrer Sprache zu erhalten. Um mit einem Dolmetscher zu sprechen, rufen Sie bitte die Nummer 855-710-6984 an.
ગુજરાતી Gujarati	જો તમને અથવા તમે મદદ કરી રહ્યા હોય એવા કોઈ બીજા વ્યક્તિને એસ.બી.એમ. કાયદમ બાબતે પ્રશ્નો હોય, તો તમને વિના ખર્ચે, તમારી ભાષામાં મદદ અને માહિતી મેળવવાનો હક્ક છે. દુભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે આ નંબર 855-710-6984 પર કોલ કરો.
हिंदी Hindi	यदि आपके, या आप जिसकी सहायता कर रहे हैं उसके, प्रश्न हैं, तो आपको अपनी भाषा में नि:शुल्क सहायता और जानकारी प्राप्त करने का अधिकार है। किसी अनुवादक से बात करने के लिए 855-710-6984 पर कॉल करें।
Italiano Italian	Se tu o qualcuno che stai aiutando avete domande, hai il diritto di ottenere aiuto e informazioni nella tua lingua gratuitamente. Per parlare con un interprete, puoi chiamare il numero 855-710-6984.
한국어 Korean	만약 귀하 또는 귀하가 돕는 사람이 질문이 있다면 귀하는 무료로 그러한 도움과 정보를 귀하의 언어로 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사가 필요하시면 855-710-6984 로 전화하십시오.
Diné Navajo	T'áá ni, éí doodago ła'da bíká anánílwo'ígíí, na'ídíłkidgo, ts'ídá bee ná ahóótí'i' t'áá níłk'e níká a'doolwoł dóó bína'ídíłkídígíí bee níł h odoonih. Ata'dahalne'ígíí bich'í' hodíłłnih kwe'e 855-710-6984.
فارسی Persian	اگر شما، یا کسی که شما به او کمک می کنید، سوالی داشته باشید، حق این را دارید که به زبان خود، به طور رایگان کمک و اطلاعات دریافت نمایید. جهت گفتگو با یک مترجم شفاهی، با شماره 855-710-6984 تماس حاصل نمایید.
Polski Polish	Jeśli Ty lub osoba, której pomagasz, macie jakiegokolwiek pytania, macie prawo do uzyskania bezpłatnej informacji i pomocy we własnym języku. Aby porozmawiać z tłumaczem, zadzwoń pod numer 855-710-6984.
Русский Russian	Если у вас или человека, которому вы помогаете, возникли вопросы, у вас есть право на бесплатную помощь и информацию, предоставленную на вашем языке. Чтобы связаться с переводчиком, позвоните по телефону 855-710-6984.
Tagalog Tagalog	Kung ikaw, o ang isang taong iyong tinutulungan ay may mga tanong, may karapatan kang makakuha ng tulong at impormasyon sa iyong wika nang walang bayad. Upang makipag-usap sa isang tagasalin-wika, tumawag sa 855-710-6984.
اردو Urdu	اگر آپ کو، یا کسی ایسے فرد کو جس کی آپ مدد کر رہے ہیں، کوئی سوال درپیش ہے تو، آپ کو اپنی زبان میں مفت مدد اور معلومات حاصل کرنے کا حق ہے۔ مترجم سے بات کرنے کے لیے، 855-710-6984 پر کال کریں۔
Tiếng Việt Vietnamese	Nêu quý vị, hoặc người mà quý vị giúp đỡ, có câu hỏi, thì quý vị có quyền được giúp đỡ và nhận thông tin bằng ngôn ngữ của mình miễn phí. Để nói chuyện với một thông dịch viên, gọi 855-710-6984.