



Formulario de apelaciones y reclamos

Para uso de los miembros del plan Medicare Advantage de Blue Shield y los miembros del plan de medicamentos recetados de Medicare de Blue Shield
Pedido de apelación y/o reclamo
(ver la parte de atrás para obtener una explicación de reclamo y apelación)

Nombre del miembro:	N.º de id. de miembro:
Dirección:	
Teléfono:	Representante autorizado*:
APELACIÓN	
Servicio rechazado o número(s) de reclamación que desea apelar	
Fecha(s) de servicio(s):	Nombre del proveedor:
Cantidad total en disputa: \$	Cantidad pagada por el miembro (si corresponde): \$
<i>Explique su pedido de apelación de forma clara, fácil de leer y detallada. Asegúrese de brindar cualquier información que crea útil, incluidas las copias de reclamaciones/facturas, los registros médicos o los avisos de rechazo, si están disponibles:</i>	
El pedido de apelación (redeterminación) estándar debe hacerse por escrito, dentro de los 60 días siguientes a la fecha del aviso de rechazo. Al llamar a Servicio para Miembros empezará una apelación estándar, pero no podrá procesarse sin su pedido por escrito.	
RECLAMO	
<i>Explique su reclamo o problema:</i>	
Un reclamo puede hacerse en forma oral o por escrito, dentro de los 60 días siguientes al incidente. Tenga en cuenta que, para hacer un reclamo, puede comunicarse con nuestro Departamento de Servicio para Miembros al número de teléfono que está en su tarjeta de identificación de miembro de Blue Shield.	
Firma: _____ Fecha: _____	
Firma del miembro (o del representante) (Si es el representante, complete el formulario de Designación de un Representante (AOR, por sus siglas en inglés), que está incluido)	
Envíe este formulario al Departamento de Apelaciones y Reclamos de Medicare de Blue Shield of California:	
Por correo a: P.O. Box 927 Woodland Hills, CA 91365-9856, o por fax al (916) 350-6510	Personalmente en: 6300 Canoga Ave. Woodland Hills, CA 91367

H0504_13_252_SP CMS Accepted 10012013
S2468_13_252_SP CMS Accepted 10012013

Blue Shield of California es un plan HMO y PDP que tiene un contrato con Medicare. La inscripción en Blue Shield of California depende de la renovación del contrato.

¿Qué es un reclamo?

Es un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o farmacias de nuestra red, incluida una queja relacionada con la calidad de su atención. Este tipo de queja no incluye disputas relacionadas con la cobertura ni con los pagos.

¿Qué es una determinación de la organización?

Una determinación de la organización es la decisión inicial que toma Blue Shield 65 Plus o una persona que actúa en nombre del plan, como su médico personal o su grupo médico, para aprobar o rechazar el pago de un servicio o el pedido de un servicio que usted hizo o que hicieron en su nombre.

¿Qué es una determinación de cobertura?

Es una decisión que indica si un servicio médico o un medicamento recetado para usted está cubierto por el plan y, si corresponde, la cantidad que usted debe pagar por ese servicio o medicamento recetado. En general, si lleva su receta a una farmacia y ahí le dicen que el medicamento recetado no está cubierto por su plan, eso no es una determinación de cobertura. Si no está de acuerdo, debe llamar o escribir a su plan para pedir una decisión formal sobre la cobertura.

¿Qué es una apelación?

Una apelación es algo que usted hace si no está de acuerdo con la decisión de que rechacen un pedido de servicio de atención de la salud o de cobertura de medicamentos recetados, o que rechacen el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede apelar si no está de acuerdo con la decisión de que interrumpen los servicios que usted está recibiendo. Por ejemplo, puede pedir una apelación si nuestro plan no paga un medicamento, un artículo o un servicio que usted piensa que debería poder recibir.

Si rechazamos alguna parte de su pedido de servicio de atención médica o de pago de un servicio, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto se llama "apelación" o "pedido de reconsideración".

Además, si rechazamos alguna parte de su pedido de medicamentos recetados de la Parte D en nuestra determinación de cobertura, puede pedirnos que reconsideremos nuestra decisión. Esto se llama "pedido de redeterminación".

Consulte su *Evidencia de Cobertura* para obtener una descripción completa sobre cómo hacer un reclamo y/o una apelación.