

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. (Vea la parte de atrás para obtener una explicación de lo que son un reclamo y una apelación).

Nombre del miembro:	N.º de identificación 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): \$

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: _____

El pedido de apelación (redeterminación) estándar debe hacerse por escrito, dentro de los 65 días siguientes a la fecha del aviso de rechazo. Al llamar a Servicio al Cliente, empezará una apelación estándar, pero no podrá procesarse sin su pedido por escrito.

Reclamo

Explique su reclamo o problema: _____

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 al Cliente llamando 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 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
--	---

Blue Shield of California is an independent member of the Blue Shield Association.

A54324MADD-SP_0125

Y0118_24_794A1_SP_C 11182024 H2819_24_794A1_SP_C Approved 11262024

¿Qué es un reclamo?

Es un tipo de queja que usted hace sobre nosotros o sobre uno de los proveedores o las farmacias de nuestra red, incluidas las quejas relacionadas con la calidad de la atención que recibe. 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 de atención primaria o su grupo médico, de 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 servicios de atención de la salud o de cobertura de medicamentos recetados, o el pago de servicios o medicamentos que usted ya recibió. También puede apelar si no está de acuerdo con la decisión de que interrumpan 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 cree que debería poder recibir.

Si rechazamos alguna parte de su pedido de servicios 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 de cómo presentar un reclamo y/o una apelación.