

Formulario de apelación del miembro

Siga los pasos siguientes para presentar una solicitud de apelación a Primera Blue Cross.

A. ¡IMPORTANTE! Debe llenarlo en inglés. Complete con información del miembro

Nombre		Apellido:		Fecha de nacimiento: MM/DD/AA □□/□□/□□	
Prefijo de identificación: (consulte tarjeta de identificación) □□□		N.º de identificación: Sufijo: □□□□□□□□□□-□□		N.º de grupo/póliza: □□□□□□□□	
Dirección:			Ciudad/Estado:		Código postal:
Número de teléfono:					



Si usted **NO** es el miembro, complete la sección B a continuación. Si usted es el miembro o el proveedor contratado, continúe con la Sección C.

B. Si usted no es el miembro, díganos quién es.

¿Tiene documentos legales para actuar en nombre del miembro?

Sí, soy el tutor legal

Sí, soy el apoderado

Si la respuesta es sí, adjunte la documentación legal y pase a la Sección C.

No, no soy el tutor legal ni el apoderado. Si la respuesta es no, pídale al miembro que complete la sección siguiente de autorización de apelación.

Autorización de apelación: ¿Quién puede apelar en su nombre?

Esto debe ser completado por el miembro indicado en la Sección A.

Nombre		Apellido:		Teléfono:	
Relación con el miembro:			Fax:		
Dirección:		Ciudad/Estado		Código postal:	

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN Y REGISTROS DE ATENCIÓN DE LA SALUD

Al firmar este formulario, entiendo y acepto lo siguiente: Primera Blue Cross o cualquiera de sus afiliadas (la "Compañía") pueden divulgar mis registros de salud al representante autorizado que se menciona arriba.

Entiendo que la información de atención de la salud puede incluir mis registros de beneficios, reclamaciones, diagnóstico y tratamiento, que incluyen información sobre los siguientes diagnósticos y tratamientos de atención de la salud confidenciales, a menos que tache uno o más de la lista:

- Abuso de alcohol o farmacodependencia
- Enfermedades de transmisión sexual (VIH/sida)
- Información genética • Salud reproductiva (incluido el aborto)
- Trastornos psiquiátricos/enfermedades mentales

Puede cambiar de opinión y retirar esta divulgación en cualquier momento notificándole por escrito a la Compañía a la dirección detallada en la parte inferior de este formulario. La Compañía se asegurará de que el cambio entre en efecto dentro de los cinco días hábiles posteriores a la recepción de su solicitud de retiro, y no será responsable de ninguna información divulgada antes de que su cambio entre en efecto. Esta divulgación es voluntaria. No condicionaremos su inscripción en un plan de salud, elegibilidad para los beneficios o pago de reclamaciones al otorgar esta divulgación. Esta divulgación durará veinticuatro meses a partir de la fecha de firma a continuación, o hasta que el proceso de apelación esté completo, lo que suceda antes.

Firma del miembro: _____

Fecha: _____

C. ¿Qué está apelando? Seleccione la opción más adecuada. La decisión inicial estaba relacionada con:

<input type="checkbox"/> Denegación antes del servicio (no se han tomado los servicios)	<input type="checkbox"/> Reclamación procesada a nivel de beneficio fuera de la red
<input type="checkbox"/> Procedimientos experimentales/de investigación	<input type="checkbox"/> Limitaciones de beneficios
<input type="checkbox"/> Necesidad médica del servicio	<input type="checkbox"/> Cancelación de mi póliza o elegibilidad
<input type="checkbox"/> Otra (especifique):	

Complete la información si se relaciona con un servicio médico:

Proveedor de la atención (p. ej., nombre del médico, hospital, laboratorio):		
Dirección:	Ciudad/Estado:	Código postal:
Fecha del servicio: MM/DD/AA <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	Número de reclamación: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Cargo total:
N.º de referencia de administración de utilización: (se menciona en la carta de denegación) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

D. Cuéntenos por qué está apelando

¿Qué le gustaría que volviéramos a revisar? Escriba en el espacio siguiente (adjunte documentos de respaldo)	¿Qué acción quiere que realicemos? Escriba en el espacio siguiente (si necesita más espacio, puede adjuntar una declaración escrita)
--	--

E. Firme y envíe

Firma del miembro: X	Fecha:
Padre, madre, tutor legal, apoderado, persona autorizada: X	Fecha:
Nombre en letra de imprenta:	
*Dirección de correo electrónico:	
¿Prefiere recibir respuesta por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, usted acepta recibir la decisión sobre su apelación y otra correspondencia relacionada con su apelación a través de la dirección de correo electrónico que indicó en la Sección E. Puede cambiar de opinión en cualquier momento o solicitar una copia impresa de cualquier aviso sin cargo; para ello, comuníquese por escrito con Primera Blue Cross: Member Appeals.	<p>Envíe un formulario de apelación y documentación de respaldo a:</p> <p>Primera Blue Cross: Member Appeals PO Box 91102 Seattle, WA 98111-9202 Fax: 425-918-5592</p> <p>Este documento ha sido traducido del inglés como cortesía. Primera Blue Cross no asegura ni garantiza la exactitud de la traducción y no asume responsabilidad por inexactitudes, omisiones o errores en la traducción. En caso de un conflicto o diferencia entre este documento traducido y la versión en el idioma inglés, prevalecerá la versión en inglés.</p>

La discriminación está prohibida por la ley

Premera Blue Cross cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Premera no excluye a las personas ni las trata de forma diferente debido a su origen étnico, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Premera:

- 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 el Civil Rights Coordinator (Coordinador de Derechos Civiles).

Si considera que Premera 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 — Complaints and Appeals
PO Box 91102, Seattle, WA 98111
Toll free 855-332-4535, Fax 425-918-5592, TTY 800-842-5357
Email AppealsDepartmentInquiries@PREMERA.com.

Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, el 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>.