



**YOUR RIGHTS FOR APPEAL UNDER  
BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS  
STATE OF TEXAS ACCESS REFORM Kids (STAR Kids)  
STATE OF TEXAS MEDICAID MANAGED CARE PROGRAM**

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) can help you or your child with problems you might have with your child's health care services, such as:

- Getting health care services
- Care from your doctor or other health care provider
- Problems with your records
- A decision made by BCBSTX

Please talk to your child's doctor if you have questions about your child's care. You can also call BCBSTX Customer Service toll-free at **1-877-688-1811**, Monday through Friday, 8 a.m. to 8 p.m., Central Time, if you have questions or need help filing an appeal. If you have hearing or speech loss, you can call the TTY line at toll-free at **7-1-1**.

You can appeal a decision for:

- Not getting a service you wanted
- Not getting all the services approved that you asked for
- A service ending that was approved before
- Not getting a service in a timely way

You can file an appeal, or expedited appeal, by calling BCBSTX Customer Service toll-free at **1-877-688-1811**, or TTY at **7-1-1**. You must also send an appeal in writing. You must file your appeal with BCBSTX no later than 60 calendar days from the date of the letter that explains the reason for your denial of coverage for a medical service. You can write to:

**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**

- You have the right to have anyone you choose, including a lawyer, to help you with your appeal.
- You have the right to give written comments, documents, or other information for your appeal either by calling or in writing.
- You have the right to see and get copies of all documents, or other information that have to do with your appeal as allowed by law, at no cost to you. You must ask for these copies.
- You can also ask for a copy of the benefits and a copy of the document that tells how the decision was made at no cost to you.

Blue Cross and Blue Shield of Texas a Division of Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, an Independent Licensee of the Blue Cross and Blue Shield Association

BCBSTX will send you an acknowledgement letter within five (5) business days of our receipt of your appeal telling you that we received it. If your appeal was received by phone, the acknowledgement letter will have an Appeal Form. We ask that you complete the Appeal Form and return it to us. The appeal must be followed up in writing and we will respond no later than 30 calendar days after receiving your appeal. The letter also will tell you what information BCBSTX needs to receive to help us review your appeal.

BCBSTX will look at all the health information about the services you are appealing. The doctor that will look at your case will have the same, or close to the same, specialty as the doctor who would usually give you or your child care for health issues. This doctor was not involved in the prior denial. The doctor reviewer will decide if the care you are asking for is needed based on your or your child's health record.

BCBSTX will send you a ruling on your appeal within 30 calendar days. If we need to know more about your case before we make a decision on your appeal, BCBSTX might need 14 more calendar days to decide on your appeal if we believe that the extra time will help us make a better decision on your case. Members or Legally Authorized Representatives (LAR) can ask for 14 extra calendar days if you feel like more time is needed to get BCBSTX information that can help us make a decision.

### **Fast (Expedited) Appeal Request**

If you believe that waiting on a decision for 30 calendar days could make your or your child's health or well-being worse, you can ask for a faster appeal. You do not need to send in a written letter of your appeal if you are asking for a faster appeal.

A BCBSTX Medical Director will look at your request for a faster appeal. The Medical Director will decide if the standard appeal time frame would put at risk your child's:

- Life
- Health
- Being able to attain, maintain, or regain your best level of function

You have the right to give written comments, documents, or other information, for your appeal either by calling or in writing. You only have a certain amount of time to send what we need when you ask for a faster appeal.

If your request for fast (expedited) appeal is approved, we will keep looking at your case and tell you our decision within 72 hours. We will let you know about the decision verbally. We will also send you a letter telling what we decide.

If we do not approve a faster appeal when we look at your case, then your appeal will go through the standard appeal steps. We will let you know about the decision verbally. We also will send you a letter within two (2) calendar days that tells you this.

If your request for a faster appeal is about an emergency that keeps occurring or denial of a hospital stay while you are still in the hospital, we will look at your case and tell you our decision within one (1) working day. We will let you know about the decision verbally. We will also send you a letter telling what we decide.

## **Keeping your Benefits During an Appeal**

You might be able to keep your benefits during an appeal if all the following occur:

- You, or your doctor acting on your behalf, ask for the appeal within 10 calendar days from the date on the notice of action stating that the service you asked for was not approved. You can also ask for a State fair hearing before the start date of the notice
- The appeal is about health care that has ended, has been stopped for a while, or has been reduced
- The services were ordered by an approved doctor
- The first period covered by approved care has not ended
- You ask for your benefits to last longer

If the appeal is denied, you might have to pay the cost of services you get while your appeal is still going on.

## **Filing for a Fair Hearing**

If you do not agree with BCBSTX's decision on your appeal, you have the right to ask for a State fair hearing from the Health and Human Services Commission (HHSC). The BCBSTX appeals process must be completed before a fair hearing can be filed unless BCBSTX does not make a decision on your appeal within the required timeframe of 30 calendar days. You or your representative must ask for a State fair hearing within 120 calendar days from the date on the appeal decision letter. If you do not ask for the fair hearing within 120 calendar days after the date of the notice of resolution of the appeal, you might lose your rights to a fair hearing. You can stand for yourself at the fair hearing, or name someone else to be your agent (a doctor, someone in your family, friend, lawyer, or other person). You can name someone to stand for you by writing a letter to BCBSTX telling them the name of the person that you want to stand for you.

If you believe that waiting for a fair hearing will badly harm your life or health, or attain, maintain, or regain your best level of function,, you or your agent can ask for an expedited State fair hearing by writing to or calling BCBSTX. You must finish the entire BCBSTX expedited appeals process before you can file for an expedited State fair hearing.

Mail your Fair Hearing or Expedited Fair Hearing request to:

**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**

## **Keeping your Benefits During a Fair Hearing**

If you ask for a State fair hearing within 10 calendar days of the date on the appeal decision letter, you might be able to keep getting the service or benefit that is being stopped, suspended, or reduced by

BCBSTX, at least until the final hearing decision is made. If you do not ask for a fair hearing by this date, the service or benefit will be stopped, suspended, or reduced. If you lose your fair hearing, BCBSTX might be able to get back the costs of giving the service or benefit to you while the appeal was being looked at.

If you ask for a fair hearing, you will get a packet of info letting you know the date, time, and place of the hearing. Most hearings are held by phone. You can also call the HHSC hearing officer if you would like the hearing to be held in-person. During the hearing, you or your agent can tell the fair hearing office why you need the service or why you do not agree with BCBSTX's action.

You have the right to look at the contents of your case file and any records to be used by BCBSTX at the hearing. BCBSTX will send you all the records to be used at the hearing within 5 calendar days after the fair hearing date is set. HHSC will give you a final decision within 90 calendar days from the date you asked for the hearing.

### **If You Have a Problem or Complaint**

We want to help. You, or someone you choose to represent you, can file a complaint:

- In writing
- By phone
- By any electronic means

We will take care of the complaint when we get it or we will send it to the right place for an answer. We will tell you what decision was made in writing.

### **How to file a Complaint with BCBSTX:**

You can file a complaint if there is a problem with the quality of health care or help that you get. You, or someone you choose to represent you, should put the problem in writing.

You can fill out a Complaint form. You can find a form at the places you get care, such as your doctor's office. You can also write a letter to explain the problem. Clearly state the details of why you are not happy. Tell us who, what, when, where and why. Attach any papers to the form or letter that will help us decide. Mail the form or letter to:

**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**

If you cannot mail the form or letter, we can help you. Call us toll-free at **1-877-688-1811** or TTY at **7-1-1**.

You have the right to give written comments, documents, or other information for your complaint either by calling or in writing. BCBSTX will send you an acknowledgement letter within five (5) business days of our receipt of your complaint telling you that we received it. If your complaint was received orally, the

acknowledgement letter will include a Complaint Form. You must complete the Complaint form and return it to us. You can include more information that will help us resolve your complaint.

While BCBSTX is looking into your problem, we will be getting facts from all the parties involved in your complaint. This might include providers, facilities, health plan staff or others. We will look at all of the facts.

We will send you a letter with our decision within 30 calendar days of the day we get your complaint in writing. The decision letter will have the reasons why we made the decision.

### **How to file a complaint with Health and Human Services Commission (HHSC):**

If you are not satisfied with the outcome of your complaint with BCBSTX, you can contact HHSC. You must finish the entire BCBSTX complaints process before you can file a complaint with HHSC Office of Ombudsman by either:

- **Call:** 1-877-787-8999 or TTY 1-800-735-2989 or 7-1-1.
- **Mail:** Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman  
MC H-700P  
P.O. Box 13247  
Austin, TX 78711-3247
- **Fax:** 1-888-780-8099

If you can get on the Internet, you can send your complaint in an e-mail to:  
[HPM\\_Complaints@hhsc.state.tx.us](mailto:HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us)

### **Low, to no Cost to you, for Legal Services**

You might be able to get free or low cost legal services. A list of legal aid providers that might be able to help you is included in this letter as an attachment. \*

\* Free list of legal aid services by County is attached as part of the mailing.

### **Join a Case Management Program**

You might be able to join one of our case management programs to help you with your plan of care. If you would like to know more about joining one of our BCBSTX Case Management programs, or Service Coordination programs, or to learn about the Case Management for Children and Pregnant Women program, please call us at **1-855-390-6573**. If you have hearing or speech loss, you can call the TTY line toll-free at **7-1-1**.

### **Meet with a BCBSTX Member Outreach staff person**

You have the right to a face-to-face meeting with a Member Outreach staff person. The Member Outreach Manager or designee, Member Advocate, and other BCBSTX staff will be there. They can help you know

your rights and responsibilities. They can help you file an appeal or ask for a State fair hearing. They will help you track the appeal or fair hearing through the steps. We can help you set up a meeting. Call us at **1-877-688-1811** or TTY at **7-1-1**.

## REQUEST FOR FAIR HEARING

Member Name: \_\_\_\_\_

Member Address: \_\_\_\_\_

Member Phone Number: \_\_\_\_\_

Member Email Address: \_\_\_\_\_

Member Medicaid Number: \_\_\_\_\_

Plan Name: \_\_\_\_\_

Service Denied: \_\_\_\_\_

Date Service Denied: \_\_\_\_\_

Yes, I would like to request a fair hearing from the Texas Health and Human Services Commission. I have attached a copy of the notification letter.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Member Signature

Date

**Mail or Fax this form to:**

**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**

**SUS DERECHOS RELACIONADOS CON LA PRESENTACIÓN DE APELACIONES  
BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF TEXAS  
REFORMA PARA ACCESO DEL ESTADO DE TEXAS (STAR Kids)  
UN PROGRAMA DE ATENCIÓN MÉDICA ADMINISTRADA DE MEDICAID DE TEXAS**

Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) puede ayudarlo con los problemas que usted pudiera tener con los servicios de atención médica. Por ejemplo:

- servicios de atención médica;
- atención brindada por su médico u otro profesional de la salud;
- problemas con sus expedientes;
- decisiones tomadas por BCBSTX.

Hable con el médico de su hijo si tiene preguntas sobre su atención. También puede llamar a Servicio al Cliente de Blue Cross and Blue Shield of Texas (BCBSTX) sin costo al **1-877-688-1811** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., Hora Centro, si tiene preguntas o necesita ayuda para presentar una apelación. Si tiene problemas de habla o audición, puede llamar a la línea TTY sin costo al **7-1-1**.

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 un servicio que ya fue aprobado finaliza;
- porque no recibió el servicio de manera oportuna.

Puede presentar una apelación, o una apelación acelerada, llamando sin costo a Servicio al Cliente de BCBSTX, al **1-877-688-1811** o TTY al **7-1-1**. También puede enviar una apelación por escrito. Debe presentar la apelación ante BCBSTX dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha de esta carta que explica el motivo del rechazo de cobertura del servicio médico. Puede escribir a la siguiente dirección:

**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**

- Usted tiene derecho a designar una persona que usted elija, incluso un abogado, para que lo ayude con la apelación.
- Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información para su apelación. Puede hacerlo en forma oral o escrita.
- Usted tiene derecho a ver y recibir copias sin costo de todos los documentos u otra información relacionados con su apelación, según lo permita la ley. Usted debe pedir las copias.
- También puede pedir, sin costo alguno, una copia de los beneficios y una copia del documento que informa cómo se tomó la decisión.

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association



BCBSTX le enviará una carta de acuse de recibo dentro de los cinco (5) días hábiles luego de que recibamos la apelación. 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. Si no nos envía el formulario de apelación, tomaremos la decisión basándonos en la información que ya tenemos y le responderemos antes de los 30 días calendario luego de recibir su 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 cuando tienen algún problema de salud. Este médico no habrá participado en el rechazo anterior. El médico revisor decidirá si la atención que usted solicita es necesaria de acuerdo con el expediente médico de su hijo.

Recibirá la decisión sobre su apelación de parte de BCBSTX dentro de los 30 días calendario. Si necesitamos más información sobre su caso antes de tomar una decisión sobre su apelación, BCBSTX podría demorar 14 días calendario más en tomar la decisión si consideramos que este tiempo adicional nos ayudará a tomar una decisión más justa sobre su caso. Los asegurados o los representantes autorizados legalmente pueden solicitar 14 días calendario más si consideran que necesitan más tiempo para enviar a BCBSTX información que pueda ayudarnos a tomar una decisión.

### **Solicitud de apelación rápida (acelerada)**

Si considera que esperar el resultado de la decisión durante 30 días calendario puede empeorar la salud o el bienestar de su hijo, puede solicitar una apelación más rápida. No necesita presentar su apelación por escrito si desea solicitar una apelación acelerada.

Las solicitudes de apelación acelerada son revisadas por un director médico de BCBSTX. El director médico decidirá si el plazo de revisión de la apelación estándar podría poner en riesgo:

- su vida;
- su salud;
- su capacidad para alcanzar, mantener o recuperar su nivel de funcionamiento óptimo.

Usted 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 se solicita una apelación acelerada.

Si aprobamos su solicitud de apelación rápida (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 día hábil. Le comunicaremos esta decisión verbalmente. También le enviaremos una carta con nuestra decisión.

## **Cómo mantener sus beneficios durante una apelación**

Podría mantener sus beneficios durante una apelación si ocurre todo lo siguiente:

- Usted, o su médico en su nombre, presenta una apelación dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que enviamos la carta de notificación de acción que indica que no se aprobó el servicio que solicitó. También puede solicitar una audiencia imparcial estatal antes de la fecha de inicio de la notificación.
- La apelación se relaciona con atención médica que ha finalizado, se ha interrumpido durante cierto tiempo o se ha reducido.
- Un médico autorizado indicó los servicios.
- El primer período de la atención aprobada no ha finalizado.
- Usted solicita que sus beneficios duren más tiempo.

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

## **Cómo solicitar una audiencia imparcial**

Si usted no está de acuerdo con la decisión de BCBSTX sobre su apelación, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial estatal a la Comisión de Salud y Servicios Humanos (HHSC, en inglés). Se debe completar el proceso de apelación de BCBSTX antes de poder presentar una audiencia imparcial, a menos que BCBSTX no tome una decisión sobre su apelación dentro de los 30 días calendario. Usted o su representante deben solicitar la audiencia imparcial estatal dentro de los 120 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación. Si no solicita la audiencia imparcial dentro de los 120 días calendario después de la fecha de la notificación de resolución de la apelación, podría perder su derecho a solicitarla. Puede hablar usted mismo en la audiencia o puede designar a otra persona para que lo represente, como un médico, familiar, amigo, abogado, etc. Para designar a un representante, escriba una carta a BCBSTX. En ella, indique el nombre de la persona que quiere que lo represente.

Si cree que esperar una audiencia imparcial pondrá en grave riesgo su vida o salud, o su capacidad de alcanzar, mantener o recuperar su nivel de funcionamiento óptimo, usted o su representante pueden solicitar una audiencia imparcial estatal acelerada llamando o escribiendo a BCBSTX. Debe completar todo el proceso de apelaciones aceleradas de BCBSTX antes de poder solicitar la audiencia imparcial estatal acelerada.

Envíe su solicitud de audiencia imparcial o audiencia imparcial acelerada a la siguiente dirección:

**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**

## **Cómo mantener sus beneficios durante una audiencia imparcial**

Si solicita una audiencia imparcial estatal dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha de la carta de decisión sobre la apelación, usted podría continuar recibiendo el servicio o el beneficio que BCBSTX ha cancelado, suspendido o reducido, al menos, hasta que se tome la decisión final. Si no solicita una audiencia imparcial antes de esa fecha, el servicio o beneficio será cancelado, suspendido o reducido. Si pierde la audiencia imparcial, BCBSTX podría recuperar los costos del servicio o beneficio que se le brindó mientras se estaba revisando la apelación.

Si solicita una audiencia imparcial, recibirá un paquete de información en el cual se le indicará la fecha, el horario y el lugar de la audiencia. La mayoría de las audiencias se llevan a cabo por teléfono. Si desea que la audiencia se haga en persona, puede llamar al funcionario de audiencias de la HHSC y solicitarlo. Durante la audiencia, usted o su representante pueden informarle al funcionario de audiencias por qué necesita el servicio o por qué no está de acuerdo con la medida de BCBSTX.

Tiene derecho a revisar el contenido del expediente de su caso y cualquier registro que BCBSTX usará en la audiencia. Recibirá los registros que BCBSTX usará en la audiencia dentro de los 5 días calendario después de que se fije la fecha de la audiencia. La HHSC le informará la decisión final dentro de los 90 días calendario a partir de la fecha en que solicitó la audiencia.

## **Si tiene un problema o una queja**

Queremos ayudarlo. Usted, o la persona que lo represente, puede presentar una queja:

- por escrito;
- por teléfono;
- por medios electrónicos.

Nos encargaremos de la queja cuando la recibamos o la enviaremos al sector que corresponda para que le brinden una respuesta. Le informaremos nuestra decisión por escrito.

## **Cómo presentar una queja ante BCBSTX**

Puede presentar una queja si tiene un problema relacionado con la calidad de la atención médica o la ayuda que recibe. Usted, o la persona que lo represente, debe presentar el problema por escrito.

Usted puede completar un formulario de queja. Puede encontrar formularios en los lugares donde recibe atención, por ejemplo, en el consultorio de su médico. También puede escribirnos una carta para explicarnos el problema. Describa detallada y claramente los motivos de su inconformidad. Cuéntenos quién, qué, cuándo, dónde y por qué. Adjunte documentos al formulario o a la carta para que podamos tomar la decisión. Envíe el formulario completo o la carta a la siguiente dirección:

**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**

Si no puede enviarnos el formulario o la carta, podemos ayudarlo. Llámenos sin costo al **1-877-688-1811** o a la línea TTY al 7-1-1.

Usted tiene derecho a presentar comentarios, documentos u otra información para su queja. Puede hacerlo en forma oral o escrita. Recibirá una carta de acuse de recibo de BCBSTX dentro de los cinco (5) días hábiles luego de que recibamos su queja. Si usted presenta la queja en forma oral, la carta de acuse de recibo incluirá un formulario de queja. Complete el formulario y envíenoslo. Puede incluir más información que nos ayude a resolver su queja.

Mientras BCBSTX investiga su problema, reuniremos información de todas las partes involucradas en su queja. Entre ellas, profesionales de la salud, centros, personal del seguro de gastos médicos, etc. Analizaremos toda la información.

Le enviaremos una carta con nuestra decisión dentro de los 30 días calendario a partir de la fecha en que recibimos su queja por escrito. La carta de decisión incluirá los motivos por los cuales tomamos tal decisión.

### **Cómo presentar una queja ante la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas (HHSC)**

Si no está conforme con los resultados de la queja de BCBSTX, puede comunicarse con la HHSC. Debe completar todo el proceso de quejas antes de que pueda presentar una queja ante la Oficina del Defensor del Consumidor de la HHSC por los siguientes medios:

- **Por teléfono:** Llame al 1-877-787-8999 o a la línea TTY al 1-800-735-2989 o 7-1-1.
- **Por correo:** Texas Health and Human Services Commission Office of the Ombudsman  
MC H-700P  
P.O. Box 13247  
Austin, TX 78711-3247
- **Por fax:** 1-888-780-8099

Si tiene acceso a Internet, puede enviar su queja por correo electrónico a [HPM\\_Complaints@hhsc.state.tx.us](mailto:HPM_Complaints@hhsc.state.tx.us).

### **Servicios legales a bajo costo o sin costo**

Podría recibir servicios legales gratuitos o a bajo costo. Adjuntamos a esta carta una lista de proveedores de ayuda legal que podrían asistirlo.\*

\* Se adjunta una lista de los servicios de ayuda legal por condado sin costo alguno.

### **Participe en un programa de administración de casos clínicos**

Usted podrá participar en uno de nuestros programas de administración de casos clínicos que lo ayudarán con su plan de atención. Si le gustaría obtener más información sobre cómo participar en uno de los programas de administración de casos clínicos o de coordinación de servicios de BCBSTX, o sobre el programa Administración de Casos Clínicos para Niños y Mujeres Embarazadas, llámenos al **1-855-390-6573**. Si tiene problemas de habla o audición, puede llamar a la línea TTY sin costo al **7-1-1**.

## **Reúnase con un miembro del personal de Compromiso con el Asegurado de BCBSTX**

Usted tiene derecho a tener una reunión en persona con un miembro del personal de Compromiso con el Asegurado. También estarán presentes el administrador de Compromiso con el Asegurado, o la persona designada por este, el especialista en asegurados y otro personal de BCBSTX. Estas personas pueden ayudarlo a conocer sus derechos y responsabilidades, y a presentar una apelación o solicitar una audiencia imparcial estatal. También lo ayudarán a llevar un registro de su apelación o audiencia imparcial durante el proceso. Podemos ayudarlo a programar una reunión. Lámenos al **1-877-688-1811** o a la línea TTY al **7-1-1**.

## SOLICITUD DE AUDIENCIA IMPARCIAL

Nombre del asegurado: \_\_\_\_\_

Dirección del asegurado: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del asegurado: \_\_\_\_\_

N.º de Medicaid del asegurado: \_\_\_\_\_

Correo electrónico del asegurado: \_\_\_\_\_

Nombre de la cobertura: \_\_\_\_\_

Servicio rechazado: \_\_\_\_\_

Fecha del rechazo del servicio: \_\_\_\_\_

Sí, me gustaría solicitar una audiencia imparcial estatal a la Comisión de Salud y Servicios Humanos de Texas. Adjunto una copia de la carta de notificación.

\_\_\_\_\_  
Firma del asegurado

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Envíe este formulario por correo o fax:**

**Blue Cross and Blue Shield of Texas  
C/O Complaints and Appeals Department  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266  
Por fax: 1-855-235-1055**

Blue Cross and Blue Shield of Texas, una división de Health Care Service Corporation, a Mutual Legal Reserve Company, licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association

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 BCBSTX STAR Kids Customer Service at 1-877-688-1811 (TTY/TDD 7-1-1).

Blue Cross and Blue Shield of Texas complies with applicable Federal civil rights laws and does not discriminate on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex. Blue Cross and Blue Shield of Texas does not exclude people or treat them differently because of race, color, national origin, age, disability, or sex.

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- Provides free aids and services to people with disabilities to communicate effectively with us, such as:
  - Qualified sign language interpreters
  - Written information in other formats (large print, audio, accessible electronic formats, other formats)
- Provides free language services to people whose primary language is not English, such as:
  - Qualified interpreters
  - Information written in other languages

If you need these services, contact Civil Rights Coordinator.

If you believe that Blue Cross and Blue Shield of Texas has failed to provide these services or discriminated in another way on the basis of race, color, national origin, age, disability, or sex, you can file a grievance with: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hsc.net). You can file a grievance in person or by mail, fax, or email. If you need help filing a grievance, Civil Rights Coordinator is available to help you.

You can also file a civil rights complaint with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, electronically through the Office for Civil Rights Complaint Portal, available at <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, or by mail or phone at:

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)

Complaint forms are available at <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

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 Servicio al Cliente de STAR Kids de BCBSTX al 1-877-688-1811 (TTY/TDD 7-1-1).

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

Blue Cross and Blue Shield of Texas:

- 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 Civil Rights Coordinator.

Si considera que Blue Cross and Blue Shield of Texas 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, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35<sup>th</sup> floor, Chicago, Illinois 60601, 1-855-664-7270, TTY/TDD: 1-855-661-6965, Fax: 1-855-661-6960, [Civilrightscoordinator@hcsc.net](mailto:Civilrightscoordinator@hcsc.net). Puede presentar el reclamo en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para hacerlo, 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>.



ATTENTION: If you speak English, language assistance services, free of charge, are available to you. Call 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-710-6984 (TTY: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-710-6984 (TTY: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-710-6984 (TTY: 711)。

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-710-6984 (TTY: 711) 번으로 전화해 주십시오.

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-710-6984 (رقم هاتف الصم والبكم: 711).

خبردار: اگر آپ اردو بولتے ہیں، تو آپ کو زبان کی مدد کی خدمات مفت میں دستیاب ہیں۔ کال کریں 1-855-710-6984 (TTY: 711).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-710-6984 (ATS: 711).

ध्यान दें: यदि आप हिंदी बोलते हैं तो आपके लिए मुफ्त में भाषा सहायता सेवाएं उपलब्ध हैं। 1-855-710-6984 (TTY: 711) पर कॉल करें।

هجوٲ: رگا اها ب ناب زي سراف وگا ٲ فگ يم دي نك، ٲ لاي هسٲ ي ناب ز هب ٲ روص ناگا يار ي ارب امش مهارف ي م د شاب. اب 1-855-710-6984 (TTY: 711) سامٲ دي ري گب.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-855-710-6984 (TTY: 711).

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિઃશુલક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. ફોન કરો 1-855-710-6984 (TTY: 711).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-710-6984 (телетайп: 711).

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。1-855-710-6984 (TTY: 711) まで、お電話にてご連絡ください。

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ດ້ານມີຮ່າງໃຫ້ທ່ານ. ໂທສ 1-855-710-6984 (TTY: 711).