



Fecha _____

Formulario de Reclamos

Nombre del suscriptor _____ Número de suscriptor _____

Nombre de la persona de contacto _____ Relación con el suscriptor _____

Dirección _____

Teléfono del hogar _____ Teléfono durante el día _____

Medio de comunicación preferido: ☐ Correo postal de los Estados Unidos ☐ Correo electrónico _____

Nombre del paciente _____ Fecha(s) de servicio _____

Número de reclamación _____ Nombre del proveedor _____

Cantidad facturada \$ _____ ¿Este reclamo se debe a que no recibió una atención de la salud inclusiva para personas transgénero?
Si contesta "Sí", marque esta casilla. ☐

Describa su reclamo brindando la mayor cantidad de detalles posible. De ser necesario, use páginas adicionales. Incluya cualquier documentación relacionada con este formulario. Envíe por correo el formulario completo y los documentos adjuntos al Departamento de Servicio al Cliente a la dirección que está en la parte de atrás de este formulario.

Para su protección, la ley de California exige que aparezca lo siguiente en este formulario: Toda persona que, con conocimiento, presente información falsa o fraudulenta para obtener o cambiar una cobertura de seguro, o para hacer una reclamación para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a la reclusión en una prisión estatal.

Vea la parte de atrás para obtener información importante.

Procedimiento de reclamos para los miembros de Blue Shield of California

Si no está de acuerdo con la determinación que tomó Blue Shield of California (Blue Shield), usted, su proveedor, o un abogado o representante que actúe en nombre de usted pueden presentar un reclamo 1) llamando al número gratis del Departamento de Servicio al Cliente, 2) escribiéndole al Departamento de Servicio al Cliente, o 3) presentando un Formulario de Reclamos completo. El Formulario de Reclamos completo debe enviarse por Internet o a la dirección que está más abajo. Los reclamos se resuelven dentro de los 30 días. El sistema de reclamos le permite presentar reclamos estándar o urgentes dentro de los 180 días después de un incidente o una acción que haya causado su insatisfacción. Incluya cualquier información o documento que le parezcan relevantes para la revisión de su reclamo.

- Llame al número que está en su tarjeta de identificación o al **(800) 393-6130**
- Las personas con problemas de audición o del habla deben llamar al 711 (TTY)
- Por Internet: **blueshieldca.com**
- Por escrito: Blue Shield of California

Attn: Customer Service Grievances
P.O. Box 5588
El Dorado Hills, CA 95762-0011

Decisiones urgentes

Usted tiene derecho a que se tome una decisión urgente cuando el proceso habitual de toma de decisiones pudiera causar una amenaza grave o inminente para su salud, como dolor intenso o la pérdida potencial de la vida, de una extremidad o de las funciones corporales más importantes, entre otras. Blue Shield evaluará su pedido y su problema de salud para determinar si califica para una decisión urgente, que se procesará lo antes posible según el problema de salud del paciente, sin superar los tres (3) días calendario. Para pedir una decisión urgente, usted o su médico (en nombre de usted) pueden comunicarse por teléfono o por escrito con Servicio al Cliente/Servicio para Miembros como se indicó antes. Diga específicamente que quiere una decisión urgente y que el tiempo de espera del proceso estándar podría poner en grave riesgo su salud.

Notificación sobre el Department of Managed Health Care

El Department of Managed Health Care (DMHC, Departamento de Atención de la Salud Administrada) de California es el responsable de regular los planes de servicios de atención de la salud. Si usted tiene un reclamo contra su plan de salud, comuníquese primero con su plan de salud llamando al **(800) 393-6130** y use el proceso de reclamos que este brinda antes de llamar al departamento. El uso de este procedimiento de reclamos no le prohíbe usar algún posible derecho o recurso legal que pueda tener disponible. Puede llamar al departamento si necesita ayuda con un reclamo relacionado con una emergencia, un reclamo que su plan de salud no ha solucionado de manera satisfactoria o un reclamo que ha quedado sin resolver durante más de 30 días. Además, es posible que usted sea elegible para una Independent Medical Review (IMR, Revisión Médica Independiente). Si es así, a través del proceso de la IMR, obtendrá una revisión imparcial de las decisiones médicas tomadas por un plan de salud sobre la necesidad médica de un servicio o tratamiento propuesto, las decisiones sobre la cobertura para tratamientos que son de naturaleza experimental o de investigación y las disputas sobre pagos por servicios médicos urgentes o de emergencia. El departamento también tiene un número de teléfono gratis **(1-888-466-2219)** y una línea de teléfono de texto TDD **(1-877-688-9891)** para las personas con problemas de audición o del habla. En el sitio web del departamento, **www.dmhca.gov**, encontrará formularios de quejas, formularios para pedir una IMR e instrucciones.

Revisión médica independiente (IMR) por medio del DMHC: procedimiento de apelaciones voluntarias

Los miembros tienen derecho a pedir una IMR por medio del Departamento, como se indica en el párrafo anterior. Los miembros pueden pedir una IMR si A) el proveedor del miembro ha recomendado un servicio de atención de la salud que considera médicamente necesario, B) el miembro ha recibido servicios de atención urgente o de emergencia que un proveedor determinó que eran médicamente necesarios, o C) ante la falta de la recomendación de un proveedor o al no recibir los servicios de atención urgente o de emergencia, el miembro ha consultado a un proveedor interno del plan para recibir un diagnóstico o un tratamiento del problema de salud para el cual el miembro pide una revisión independiente. La revisión médica externa urgente puede hacerse simultáneamente con el proceso interno de apelaciones para la atención urgente. Los miembros pueden comunicarse directamente con el Departamento.

Notificación sobre la Employee Retirement Income Security Act (ERISA)

Si el plan de salud de su empleador está sujeto a la Employee Retirement Income Security Act (ERISA, Ley de Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados), es posible que tenga derecho a empezar una acción civil según la Sección 502(a) de la ley ERISA si todas las revisiones obligatorias de su reclamación se han completado y su reclamación no se ha aprobado. Además, es posible que usted y su plan tengan disponibles otras alternativas para resolver la disputa de manera voluntaria, como la mediación.

Si lo pide, usted tiene derecho a obtener acceso de manera razonable y gratis a todos los documentos, registros y demás información relacionada con su reclamación de beneficios, así como a recibir copias de esta documentación.