

Sus derechos de apelación de reclamaciones y formulario de apelación

Sección 1: Sus derechos de apelación de reclamaciones

Si usted recibe su cobertura de beneficios de salud a través de un plan patrocinado por su empleador y este no es una entidad gubernamental o una organización religiosa, sus derechos de apelación de una reclamación probablemente estén regidos por la Ley para la Seguridad de los Ingresos de Jubilación de los Empleados (ERISA, en inglés). Si usted recibe su cobertura de beneficios de salud a través de cualquier otro acuerdo, usted tiene los mismos derechos de apelación que un asunto en el caso de otras leyes federales y/o estatales.

Blue Cross and Blue Shield of Kansas (BCBSKS) tiene que recibir su apelación en un plazo de 180 días de la decisión adversa. BCBSKS tiene que tomar una

decisión sobre la apelación en un plazo de 15 días (reclamación previa al servicio), 30 días (reclamación posterior al servicio) o 72 horas (reclamación de atención médica inmediata) de haber recibido su apelación por escrito.

Si usted tiene cobertura por medio de un seguro de gastos médicos conforme a ERISA, usted tiene derecho de pedir una revisión judicial en un tribunal federal o estatal conforme a la Sección 502(a) de ERISA, solo después de agotar los procedimientos de apelación mencionados antes. Este requisito de agotar los procedimientos también aplica a la cobertura y seguros que no son de ERISA; p. ej. tiene que completar todas las apelaciones aplicables antes de iniciar cualquier acción legal relacionada con el rechazo de su reclamación.

Sección 2: Formulario de apelación

Para apelar una reclamación que ha sido rechazada en su totalidad o en parte, tiene que completar lo siguiente:

1. Nombre del paciente y servicio(s) que se está(n) apelando:

2. Proporcione los números de control de la certificación previa, consulta o reclamación correspondientes relacionados con el servicio rechazado:

3. Indíquenos por qué no está de acuerdo con el rechazo (adjunte todos los documentos que quiere que se tomen en cuenta con su apelación):

4. Usted tiene derecho a ver los documentos utilizados para tomar la determinación de la reclamación, sin ningún costo, incluyendo cualquier directriz o regla mencionada en el rechazo. Mencione los documentos específicos que quiere:

5. Si usted ha autorizado a alguien más para que presente esta apelación en su nombre, tiene que darnos la siguiente información:

Nombre de la persona autorizada

Dirección para enviar los avisos por correo

Ciudad

Estado Código postal +4

(____) _____ - _____
Número de teléfono

(____) _____ - _____
Número de fax

Dirección de correo electrónico

Su firma es obligatoria

(Paciente/Padre del menor/Tutor del paciente)

Número de identificación

Dirección de correo electrónico

_____/_____/_____
Fecha de la firma

(____) _____ - _____
Número de teléfono

Envíe su apelación por correo a:

Blue Cross and Blue Shield of Kansas
1133 SW Topeka Blvd., Topeka, KS 66629

Si tiene alguna pregunta sobre su reclamación o sobre el proceso de apelación, por favor llame al: Centro de Servicio al Cliente de BCBSKS: (800) 432-3990

Esta correspondencia está disponible en español, llame por favor al Centro de Servicio al Cliente.

Aplicable para servicios administrativos, solo grupos: BCBSKS solo provee los pagos de reclamaciones administrativas y no asume ningún riesgo

financiero ni obligación con respecto a los reclamos. Esto aplica a su caso si usted tiene una Descripción de beneficios.

Otros recursos del consumidor:

Kansas Insurance Department – Consumer Assistance Division
1300 SW Arrowhead Road, Topeka, KS 66604
Teléfono: (785) 296-3071, Número para llamadas gratuitas: (800) 432-2484
Correo electrónico: kid.commissioner@ks.gov
Sitio web: insurance.kansas.gov

Puede comunicarse con la Administración de Seguridad de Beneficios para los Empleados (EBSA, en inglés) llamando al 1-866-444-EBSA (3272) o visitando askebsa.dol.gov.