

Formulario de solicitud de apelación del afiliado

Si recibió un Aviso de determinación adversa de beneficios o una denegación por nuestra parte y no está de acuerdo, puede solicitar una apelación. Debe hacerlo en un plazo de 60 días a partir de la fecha de la denegación. Puede solicitar una apelación por teléfono o por escrito. Para presentar una apelación por escrito, complete este formulario o escribanos una carta. Envíela a la dirección o al número de fax que se indican a continuación. Le enviaremos una carta con nuestra decisión en un plazo de 30 días naturales a partir de la fecha en que recibamos su apelación.

Envíela por correo a: Attn: Appeals
Healthy Blue
P.O. Box 100215
Columbia, SC 29202-3215
o envíela por fax al 803-870-6505.

Instrucciones: Complete las secciones 1 y 2. Adjunte cualquier documento que quiera que revisemos. Las secciones 3 y 4 son opcionales.

Sección 1: Datos del afiliado

Apellido Nombre Inicial del segundo nombre

Fecha de nacimiento Número de teléfono Número de identificación de Healthy Blue Medicaid

Dirección de correo electrónico (opcional) Fecha de hoy

Dirección postal

Ciudad, estado y código postal

Solicito una apelación acelerada (rápida): Sí No

Sección 2: Información sobre la apelación

Presento esta apelación porque Healthy Blue:

- No paga por un servicio médico o farmacéutico que recibí.
- No me dice que está bien que reciba un servicio médico o farmacéutico.
- Dejó de pagar un servicio médico o farmacéutico que yo estaba recibiendo.
- Tardó demasiado en decidir si pagaría un servicio médico o farmacéutico.

Sección 3: Información del representante (opcional)

No es obligatorio tener un representante. Sin embargo, puede elegir a cualquier persona que desee para que le ayude a presentar una apelación, incluido un familiar, médico o abogado. Si desea que un representante le ayude a presentar esta apelación, complete esta sección.

Nota: Si completa esta sección, no es necesario que complete por separado el Formulario del representante para la apelación del afiliado.

Apellido del representante	Nombre del representante	Inicial del segundo nombre del representante
----------------------------	--------------------------	--

Número de teléfono del representante	Dirección postal del representante
--------------------------------------	------------------------------------

Ciudad, estado y código postal del representante

Firma del afiliado

Fecha

Sección 4: Información adicional (opcional)

Escriba cualquier información adicional que considere útil para su solicitud de apelación. Explíquenos por qué presenta la apelación y por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Indíquenos los nombres de los proveedores que puedan tener registros sobre el servicio en cuestión.

Esta información pasará a formar parte del expediente permanente. Escriba de forma clara. Utilice más hojas si es necesario.

Si necesita ayuda con este formulario, llame al Servicio de atención al cliente al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634) de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

www.HealthyBlueSC.com

Healthy Blue se ofrece mediante BlueChoice HealthPlan, un licenciataria independiente de la Blue Cross Blue Shield Association.

BCMC-217335-10-2023