



## Formulario de solicitud de apelación de Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

### Información sobre el asegurado/paciente

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

Número de identificación del asegurado: \_\_\_\_\_

### Información del caso

Fechas del servicio (desde qué fecha y hasta qué fecha):  
\_\_\_\_\_

Lugar del servicio (centro, nombre del doctor): \_\_\_\_\_

Motivo de la solicitud: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Información sobre usted

Nombre de quien presenta la apelación: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

**Si usted no es la persona asegurada y representa a un asegurado de más de 18 años, debe contar con una autorización firmada por este para poder solicitar una apelación en su nombre. Brinde a continuación la firma del asegurado para la autorización:**

**Firma del asegurado:** \_\_\_\_\_

**Envíe este formulario a Blue Cross and Blue Shield of New Mexico Attention:  
Turquoise Care Appeals Unit, P.O. Box 660717 Dallas, TX 75266-0717, o puede enviar un fax al 1-888-240-3004 o un correo electrónico a [GPDAG@bcbsnm.com](mailto:GPDAG@bcbsnm.com).**

## Cómo presentar una apelación ante Blue Cross and Blue Shield of New Mexico

**Cómo presentar una apelación:** Si no está de acuerdo con alguna decisión relacionada con beneficios y servicios incluidos tomada por BCBSNM, puede presentar una apelación. No estar de acuerdo con alguna decisión de BCBSNM relacionada con beneficios y servicios incluidos quiere decir que usted no está conforme con alguna decisión que hayamos tomado en BCBSNM de finalizar, modificar, suspender, recortar, postergar o rechazar algún beneficio.

- Tiene hasta 60 días calendario posteriores a la fecha de esta carta para presentar una apelación estándar o acelerada.
- Si no presenta una apelación acelerada o estándar dentro de los 60 días calendario a partir de la fecha en que recibe la carta, es posible que pierda el derecho a apelar.

Escriba a Atención al Asegurado de BCBSNM o llámelos al **1-866-689-1523** (TTY: **711**) para presentar la apelación. Todas las apelaciones se pueden presentar por escrito o de forma verbal llamando a Atención al Asegurado. No dude en consultarnos si necesita ayuda para presentar la apelación.

Si usted o su profesional médico consideran que una demora podría poner en riesgo su salud, puede solicitar una apelación acelerada. Deberá indicarnos que quiere una decisión rápida (también llamada “apelación acelerada”) **durante la llamada o en la apelación por escrito**. A continuación encontrará más información sobre las apelaciones aceleradas. Si tiene alguna pregunta sobre el proceso de apelación, puede llamar a Atención al Asegurado.

También puede enviarnos otras pruebas o documentos que respalden la apelación. Envíe la documentación por correo, correo electrónico o fax.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico  
Attention: Turquoise Care, Appeals & Grievances  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266-0717  
Número para llamadas sin costo: 1-866-689-1523  
Número de fax: 1-888-240-3004  
TTY: 711  
Correo electrónico: [GPDAG@bcbsnm.com](mailto:GPDAG@bcbsnm.com)

Horario de atención telefónica: de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.  
No atendemos los sábados ni los domingos.

Si necesita ayuda con su apelación fuera del horario de atención, puede llamar al **1-877-232-5520** (TTY: **711**) y dejarnos un mensaje. Lo llamaremos el siguiente día laborable antes de las 5:00 p. m.

Si necesita interpretación oral en algún idioma, llame a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**).



Puede presentar y manejar usted mismo su apelación. También puede solicitar ayuda de otras personas, entre ellas, un abogado que usted elija y a quien le pague. Existen diferentes tipos de colaboradores que pueden ayudarlo con la apelación. A estas personas se les dan nombres diferentes. Pueden ser un “profesional médico autorizado”, un “representante autorizado” o un “portavoz”. Cada tipo de colaborador podrá hacer algunas cosas por usted, pero no podrá hacer otras. Si quiere tener un colaborador, deberá firmar el formulario de autorización correspondiente y asegurarse de que esa persona acepta ayudarlo.

Los tipos de colaboradores, los formularios y lo que cada uno de ellos puede o no puede hacer por usted se indican en el siguiente cuadro:

Tipo de colaborador en apelaciones	Quién puede ser el colaborador en apelaciones	Formulario necesario	Brindarle apoyo e interceder por usted	Acceder a la información del caso	Presentar una apelación en su nombre	Pedir que continúen los servicios médicos	Tomar decisiones médicas por usted*
Profesional médico autorizado	Su prestador de servicios médicos	Formulario para el profesional médico autorizado	Sí	Sí	Sí	Sí	No
Representante autorizado	Amigo, pariente, abogado, prestador de servicios médicos u otra persona	Formulario para el representante autorizado	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí**
Portavoz	Amigo, pariente u otra persona	Formulario de autorización estándar (ley HIPAA)	Sí	Sí	No	No	No

\* Únicamente en el contexto de una apelación de Medicaid, no aplicable en un entorno clínico (por ejemplo, en un hospital).

\*\* No es lo mismo un representante autorizado para una apelación de Medicaid que un apoderado al que le otorga un poder notarial para asuntos médicos. Un poder notarial para asuntos médicos le permite nombrar a otra persona como su apoderado para que tome decisiones médicas en su nombre dentro de un entorno clínico (p. ej., en un hospital), si usted pierde la capacidad para tomar sus propias decisiones o si quiere que otra persona las tome por usted en ese momento, aunque usted aún sea capaz de hacerlo. Si quiere que alguien sea su apoderado para asuntos médicos, use el formulario de poder notarial para asuntos médicos en español. [bcbsnm.com/medicaid](http://bcbsnm.com/medicaid).

Puede llamar a Atención al Asegurado de BCBSNM, al **1-866-689-1523** (TTY: **711**), para solicitar el formulario que corresponde para cada tipo de colaborador en las apelaciones. Además, puede pedir en BCBSNM que le muestren una copia del expediente de su caso. En BCBSNM **no tomaremos ninguna medida en su contra ni** en contra de su colaborador por presentar una apelación o brindarle ayuda para hacerlo.

Después de presentar su apelación y antes de que en BCBSNM tomemos una decisión, usted puede brindarnos más información. Pueden ser comentarios y documentos escritos o testimonios orales. También pueden ser hechos o argumentos legales que usted presente en forma verbal o por escrito. Puede presentar la información

usted mismo o puede hacerlo un profesional médico autorizado, su representante autorizado o su portavoz. Para brindarnos más información antes de que se tome una decisión sobre la apelación, debe pedírnoslo de inmediato, porque en BCBSNM tenemos un plazo limitado para concluir la apelación. Es importante que no se demore en enviarnos la información adicional. Puede llamar al Servicio al Cliente al 1-866-689-1523 con esta información. También puede escribirnos o enviarnos un fax a la dirección o al número de fax indicados anteriormente. Si necesita más tiempo para reunir la información, puede pedir una extensión de la apelación de hasta 14 días calendario. Cuando pida una extensión, explíquenos el motivo.

Una vez que haya presentado su apelación ante BCBSNM, le enviaremos una carta dentro de los cinco días hábiles para avisarle que la hemos recibido. Le enviaremos nuestra respuesta dentro de los 30 días calendario posteriores a la fecha en que recibimos su apelación oral o escrita inicial. Si necesitaríamos más tiempo para trabajar en su apelación y fuera por su propio bien, le solicitaremos a la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México (HCA, en inglés) una extensión de un máximo de otros 14 días calendario. Nos comunicaremos con usted para informarle sobre dicha extensión. Dentro de los dos días calendario de haber decidido extender la fecha límite, también le enviaremos una carta para hacerle saber los motivos. Si necesita más tiempo, puede pedirnos una extensión de 14 días (en tal caso, explíquenos el motivo).

También puede presentar una “inconformidad”, que no es lo mismo que una apelación. Las inconformidades son maneras de hacernos saber que no está conforme con nosotros o con nuestra forma de trabajar, *pero no aplican* a decisiones relacionadas con beneficios y servicios incluidos. Puede presentar una inconformidad aunque no solicite una apelación. Ahora bien, una inconformidad por sí sola no servirá para resolver un conflicto por decisiones relacionadas con beneficios y servicios incluidos. Deberá presentar una apelación para impugnar este tipo de decisiones. Puede presentar una inconformidad y una apelación al mismo tiempo. Escriba a Atención al Asegurado de BCBSNM o llámelos al **1-866-689-1523** (TTY: 711) para presentar la inconformidad. No existen plazos para presentar las inconformidades.

**Decisiones rápidas (también llamadas “apelaciones aceleradas”):** Usted, su profesional médico autorizado o su representante autorizado pueden pedirnos que analicemos su apelación lo antes posible si el plazo de apelación estándar de 30 días puede poner en grave riesgo su salud. Esto se denomina “*apelación acelerada*”. Deberá informarnos los motivos por los que necesita una apelación acelerada. Un doctor en medicina que trabaje con BCBSNM decidirá si es necesaria. No será ninguno de los médicos que haya participado en el primer rechazo por el que está apelando.

Si no estamos de acuerdo con su solicitud de apelación acelerada, haremos todo lo posible por avisarle oralmente del rechazo cuanto antes; luego le enviaremos una notificación por escrito en un plazo de dos días calendario. De todas maneras, atenderemos su apelación y le haremos saber nuestra decisión dentro de los 30 días calendario. Si la respuesta en BCBSNM a su solicitud de apelación acelerada es negativa, usted o su representante autorizado pueden pedir una audiencia administrativa acelerada a la HCA. Si solicita una audiencia administrativa acelerada a la HCA, de todos modos, seguiremos trabajando en su apelación para poder concluirla dentro de los 30 días calendario, en el caso de que la HCA confirme nuestra decisión de rechazar la apelación acelerada.

Si estamos de acuerdo con la solicitud de apelación acelerada, tomaremos una decisión dentro de las 72 horas. Nos comunicaremos con usted para informársela y, además, le enviaremos una carta.



Si en BCBSNM consideramos que los plazos de una apelación estándar ponen en grave riesgo su salud, iniciaremos una apelación acelerada en su nombre desde BCBSNM. Desde BCBSNM, nos comunicaremos con usted si iniciamos una apelación acelerada. Si en BCBSNM iniciamos una apelación acelerada, seguirá recibiendo sus servicios médicos sin costo. Le informaremos la decisión sobre su apelación acelerada en el plazo de 72 horas.

Ni en BCBSNM ni en la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México responderán por los honorarios o los gastos que usted contraiga durante el proceso de una apelación estándar o acelerada.

**Cómo pedir una audiencia administrativa a la HCA (también llamada “audiencia imparcial”)**: Si lo que se resuelve en la instancia de apelación no cambia por completo la decisión inicial que tomamos en BCBSNM, usted y su representante autorizado tienen derecho a solicitar una audiencia ante la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México. Esta audiencia se denomina “audiencia administrativa de la HCA” o “audiencia imparcial”. Solo usted, el profesional médico que actúa en su nombre o su representante autorizado pueden solicitar una audiencia administrativa a la HCA, y podrán hacerlo una vez que haya finalizado el proceso de apelación de BCBSNM. Cuando decimos “que haya finalizado el proceso de apelación”, nos referimos a que se haya tomado una decisión sobre esta. También puede referirse a que en BCBSNM no se haya resuelto la apelación dentro de los plazos que corresponden.

Usted o su representante autorizado deberán solicitar la audiencia administrativa a la HCA dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha en la que se tomó una decisión definitiva sobre su apelación. Puede solicitar una audiencia administrativa acelerada de la HCA si cree que el plazo estándar pondrá en grave riesgo su salud. Este tipo de audiencia debe solicitarse dentro de los 90 días calendario posteriores a la fecha en la que se tomó una decisión definitiva sobre su apelación. Si desea solicitar una audiencia de este tipo, llame o escriba a la HCA de Nuevo México:

New Mexico Health Care Authority  
Office of Fair Hearings  
P.O. Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348  
Teléfono: Llame al 1-800-432-6217 y oprima la opción 6 o llame al (505) 476-6213  
TTY: 711

Recibirá un “resumen de evidencia” de la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México a más tardar 10 días hábiles antes de la audiencia administrativa de la HCA. Un juez especializado en derecho administrativo presidirá la audiencia y le hará una recomendación al director de la División de Asistencia Médica de la Autoridad de Atención Médica, quien tomará la decisión definitiva.

En BCBSNM respetaremos la decisión que tome el director de la División de Asistencia Médica de la Autoridad de Atención Médica. Puede ocurrir que usted no quede conforme con la decisión y, en ese caso, tiene derecho a presentar una apelación al Tribunal de Distrito del Estado.



Usted será responsable de los costos del tribunal, por ejemplo, la tasa judicial. Deberá presentar la apelación al Tribunal de Distrito que corresponda dentro de los 30 días calendario después de que se le notifique la decisión de la audiencia imparcial y enviar una copia a la oficina del asesor general de la Autoridad de Atención Médica. (Si bien en este párrafo se describen procedimientos, estos no sustituyen los estatutos ni los reglamentos que regulan los recursos judiciales de apelación).

En las audiencias administrativas de la HCA, usted puede representarse, o bien, tener un representante (por ejemplo, un amigo, un pariente o un abogado) que lo haga en su lugar (usted paga los costos). Puede pedir en la Oficina de Audiencias Imparciales de la Autoridad de Atención Médica que le muestren su expediente.

Es posible que tenga otros derechos durante la audiencia. Consulte a la Oficina de Audiencias Imparciales de la HCA sobre sus derechos. Si tiene preguntas sobre sus derechos, llame a la Oficina de Audiencias Imparciales de la HCA al número proporcionado anteriormente.

**Continuación de los servicios médicos:** Usted, el profesional médico autorizado y su representante autorizado podrían tener derecho a solicitar que, con la cobertura de BCBSNM, se sigan pagando los servicios por los que reclama mientras la apelación esté en proceso. Usted, el profesional médico autorizado y su representante autorizado pueden solicitar que, con la cobertura de BCBSNM, se sigan pagando los servicios por los que reclama mientras la audiencia administrativa de la HCA esté en proceso. Su portavoz no puede hacer esta solicitud. Si no quiere que se interrumpan los beneficios y servicios médicos, deberá presentar la solicitud antes de la fecha en la que el rechazo inicial entre en vigor o dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de esta carta, lo que ocurra último. Puede solicitar la continuación de los beneficios y servicios médicos llamando a Atención al Asegurado, al **1-866-689-1523** (TTY: 711). También puede enviar solicitudes escritas a la dirección postal, la dirección de correo electrónico o al número de fax enumerados a continuación.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico  
Attention: Turquoise Care, Appeals & Grievances  
P.O. Box 660717  
Dallas, TX 75266-0717  
Número para llamadas sin costo: 1-866-689-1523  
Número de fax: 1-888-240-3004  
TTY: 711  
Correo electrónico: [GPDAG@bcbsnm.com](mailto:GPDAG@bcbsnm.com)

Tiene derecho a la continuación de beneficios solo en determinadas circunstancias:

- Las prestaciones para los servicios en cuestión no se interrumpirán durante el proceso de apelación de BCBSNM en los siguientes casos: (1) usted, el profesional médico autorizado o su representante autorizado solicitaron la apelación dentro de los 60 días calendario posteriores a la fecha de esta carta; (2) la apelación se debe a la finalización, suspensión o recorte de un tratamiento autorizado con anterioridad; (3) los servicios fueron solicitados por un profesional médico autorizado; (4) el período inicial con cobertura para la autorización inicial no ha vencido; y (5) usted, el profesional médico

autorizado o su representante autorizado solicitaron la continuación de los beneficios y servicios médicos antes de la fecha en la que el rechazo inicial entró en vigor o dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de esta carta, lo que ocurra último.

- Si se continúan brindando los beneficios y servicios médicos en cuestión durante el proceso de apelación, no habrá interrupciones a menos que ocurra lo siguiente: (1) se retire la apelación; (2) usted o su representante autorizado no soliciten la audiencia administrativa de la HCA con continuación de los beneficios y servicios médicos dentro del plazo de los 10 días calendario después de que en BCBSNM le hayan comunicado por correo una decisión desfavorable respecto a su apelación; (3) el director de la División de Asistencia Médica de la Autoridad de Atención Médica dicte una decisión de la audiencia que no sea favorable para usted; (4) se cumpla el plazo o el período de disponibilidad del servicio autorizado previamente; o (5) usted o su representante autorizado decidan finalizar la continuación de los beneficios y servicios médicos.
- Puede ocurrir que, aunque usted o su representante autorizado hayan solicitado la continuación de los servicios médicos dentro de los 10 días calendario posteriores a la fecha de esta carta, en BCBSNM igualmente se decida rechazar la apelación. En ese caso, puede solicitar una audiencia administrativa de la HCA. Ahora bien, si espera hasta que el proceso de la audiencia de la HCA tenga lugar, ya será demasiado tarde para solicitar la continuación de los servicios médicos.
- La resolución de la apelación o la de la audiencia administrativa de la HCA podría ser la misma que tomamos en BCBSNM inicialmente, es decir, la de finalizar, modificar, suspender, recortar o rechazar un servicio. Si este fuera el caso, usted deberá pagar los servicios recibidos. En BCBSNM, podríamos recuperar los gastos por los servicios prestados (solicitar que el prestador de servicios médicos o el asegurado reintegren el pago).
- Si la apelación acelerada fue iniciada desde BCBSNM en su nombre, no deberá pagar la continuación de los servicios médicos durante el proceso de apelación, aun cuando se ratifique la decisión inicial de BCBSNM.
- Si el resultado de la apelación ante BCBSNM o de la audiencia administrativa de la HCA es favorable para usted, en BCBSNM continuaremos pagando los servicios durante el plazo autorizado.

Si necesita ayuda con algún problema o tiene inquietudes respecto a BCBSNM, un especialista en defensa del asegurado podrá asistirlo y hacer valer sus derechos sin ningún costo para usted. Se puede comunicar con el defensor del asegurado especialista de BCBSNM por teléfono o por correo electrónico:

Correo electrónico: [ombudsman@bcbsnm.com](mailto:ombudsman@bcbsnm.com)  
Teléfono: 1-888-243-1134  
TTY: 711

Para recibir ayuda con algún problema en un centro de atención médica a largo plazo, comuníquese con el defensor del asegurado especializado en atención médica a largo plazo:



## BlueCross BlueShield

of New Mexico

Teléfono: 1-866-451-2901 (Santa Fe y el noreste de Nuevo México)

Teléfono: 1-866-842-9230 (Albuquerque y el noroeste de Nuevo México)

Teléfono: 1-866-762-8690 (Las Cruces, Roswell y el sur de Nuevo México)

TTY: 711

Si tiene preguntas sobre esta carta o sobre el proceso de apelación, llame sin costo a Atención al Asegurado de BCBSNM al **1-866-689-1523** (TTY: **711**). En BCBSNM, no tomaremos ninguna medida en su contra ni en contra de su representante por presentar una inconformidad o apelación ni por solicitar una audiencia administrativa de la HCA.

# Para solicitar ayuda y servicios auxiliares o materiales en otros formatos e idiomas de manera gratuita, llame al **1-866-689-1523** (TTY/TDD: **711**).

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género. Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no excluye a las personas ni las trata de manera diferente según su estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico proporciona:

- asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para que se comuniquen de manera eficaz con nosotros, como los siguientes:
  - intérpretes capacitados en lenguaje de señas;
  - información escrita en otros formatos (letra grande, audio y formatos electrónicos accesibles, entre otros).
- servicios lingüísticos gratuitos a personas cuya lengua materna no es el inglés, como los siguientes:
  - intérpretes capacitados;
  - información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, comuníquese con el coordinador de derechos civiles.

Si cree que Blue Cross and Blue Shield of New Mexico no ha proporcionado estos servicios o ha discriminado de alguna otra manera por motivos de estado de salud o necesidad de servicios médicos o raza, color, país de origen, edad, discapacidad, sexo, ascendencia, afiliación conyugal, orientación sexual o identidad de género, puede presentar una inconformidad ante: Civil Rights Coordinator, Office of Civil Rights Coordinator, 300 E. Randolph St., 35th floor, Chicago, Illinois 60601, **1-855-664-7270**, TTY/TDD: **1-855-661-6965**, fax: **1-855-661-6960**. Puede presentar una inconformidad en persona o por correo postal o fax. Si necesita ayuda para presentar una inconformidad, un coordinador de derechos civiles estará a su disposición.

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. de forma electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services  
200 Independence Avenue, SW  
Room 509F, HHH  
Building Washington,  
D.C. 20201

**1-800-368-1019, 1-800-537-7697 (TDD).**

Formularios para presentar quejas disponibles en <https://www.hhs.gov/sites/default/files/ocr-cr-complaint-form-package.pdf>.

