Healthy Blue℠
BlueChoice® HealthPlan of SC

Healthy Connections

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 del aviso o de la denegación.
Puede solicitar una apelación por teléfono o por escrito. Para presentar una apelación por escrito, complete este formulario o escríbanos 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, y adjunte toda la documentación que desee 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

☐ Pagará por un servicio médico que recibí.
☐ No me permite recibir un servicio médico.
☐ Dejó de pagar un servicio médico que estaba recibiendo.
☐ Tardó demasiado en decidir si pagaría un servicio médico.

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 es ofrecido por BlueChoice HealthPlan, un licenciatario independiente de la Asociación Blue Cross Blue Shield.