

Aquí tiene información importante sobre sus derechos de apelación. Conserve una copia.

QualChoice es el administrador del plan para el plan de salud de su empleador. Debemos cumplir con los requisitos de su *Descripción resumida del plan*. Si QualChoice rechaza la cobertura o el pago de una reclamación (total o parcial), tiene derecho a pedirnos que cambiemos esa decisión. Esto se llama *apelación*.

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

- Cuando nos negamos a pagar una reclamación (total o parcial), eso se llama una “*determinación adversa de beneficios*” o un “*rechazo*”. Le enviaremos una *Explicación de beneficios (Explanation of Benefits, EOB)* o una carta para explicarle por qué se ha rechazado la reclamación.

¿Qué sucede si necesito ayuda para entender una determinación adversa de beneficios?

Para obtener más información sobre los códigos de tratamiento y diagnóstico y su significado, o bien para solicitar cualquier otro tipo de asistencia, comuníquese por teléfono. ¡Nos complace ayudarlo!

Servicio de Atención al Cliente:

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m., al 800.235.7111 o al 501.228.7111

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con el rechazo?

Si no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Debe recibirse por escrito.

¿Cómo presento una apelación?

Complete el *Formulario de solicitud de apelación del miembro** o envíe una carta donde explique su apelación. Debemos recibirla en un plazo de **180 días** a partir de la fecha de recepción de su EOB o carta de rechazo.

¿Quién puede presentar una apelación?

Puede presentar una apelación por su cuenta. También puede designar a otra persona para que actúe en su nombre. A esta persona se la llama *representante autorizado*. Si designa a otra persona para que actúe en su nombre, debe hacérselo saber en el *Formulario de solicitud de apelación del miembro**.

¿Puedo enviar información adicional sobre mi reclamación?

Usted, su médico u otro experto de atención de salud pueden enviarnos datos adicionales. Esto puede ayudarnos a que cambiemos nuestra decisión. Asegúrese de enviar una copia de la información agregada con su solicitud por escrito.

¿Puedo solicitar una copia de la información utilizada en el rechazo de mi reclamación?

Usted tiene derecho a que le den acceso razonable sin costo, si lo solicita, a copias y a todos los documentos, expedientes, e información pertinente a su reclamación de los beneficios. También tiene derecho a solicitar una copia sin costo de los criterios utilizados en esta decisión y una explicación del código de tratamiento y/o diagnóstico para este servicio. Simplemente comuníquese por teléfono o complete el formulario *Solicitud de acceso a información de salud personal** y envíelo junto con su solicitud.

Número de teléfono

Servicio de Atención al Cliente:

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a
5:00 p. m., hora estándar del centro, al
800.235.7111 o al 501.228.7111

Por correo postal

QualChoice
ATTN: Appeals and Grievance Coordinator
P.O. Box 25610
Little Rock, AR 72221-5610

¿Cuánto tiempo demora QualChoice en tomar una decisión?**Apelaciones administrativas**

- Solicitud *previa al servicio* (atención aún no recibida): en un plazo de los **15 días** de su apelación
- Apelación *posterior al servicio* (atención ya recibida): en un plazo de los **30 días** de su apelación

Apelaciones médicas

- Solicitud *previa al servicio* (atención aún no recibida): en un plazo de los **30 días** de su apelación
- Apelación *posterior al servicio* (atención ya recibida): en un plazo de los **60 días** de su apelación

¿Qué sucede si mi problema de salud es urgente?

Una reclamación de atención urgente ocurre cuando usted o su médico consideran que:

- su salud, su vida o su recuperación corren alto riesgo; o
- tiene un nivel muy alto de dolor.

En este caso, usted, su representante autorizado, o el médico que actúe en su nombre pueden solicitar una apelación interna *acelerada*. Si su problema cumple con la definición de *urgente* conforme a la ley, le responderemos en un plazo de **72 horas**.

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la apelación?**Apelaciones administrativas**

Si no está de acuerdo con la decisión sobre la apelación, puede solicitar una apelación de segundo nivel al patrocinador del plan, tal como se describe en la *Descripción resumida del plan*. El patrocinador del plan debe recibir su solicitud en un plazo de 180 días a partir de la fecha en que recibió su carta de rechazo de la apelación.

Apelaciones médicas**Solicitud de revisión externa**

Si no está satisfecho con la decisión sobre la apelación, puede solicitar una apelación de segundo nivel llamada apelación externa. Si califica para una revisión externa estándar, su apelación debe presentarse en un plazo de 4 meses a partir de la fecha en que reciba este aviso. También tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada. Comuníquese con el patrocinador de su plan para solicitar una revisión externa.

No tendrá que pagar el costo de la revisión externa.

¿Qué otro tipo de ayuda está disponible?

Usted y su plan pueden tener otras opciones voluntarias de resolución alternativa de disputas, como una mediación. Una manera de averiguar qué recursos puede haber disponibles es comunicarse con la oficina local del Departamento de Trabajo de los EE. UU. También es posible que pueda presentar una demanda de acción civil en virtud de la Sección 502(a) de la Ley de Seguridad de Ingresos de Jubilación del Empleado (Employee Retirement Income Security Act, ERISA).

U.S. Dept. of Labor

Employee Benefits Security Administration
(EBSA) Teléfono: 866.444.EBSA (3272)
www.askebsa.dol.gov

*Los formularios se encuentran en QualChoice.com. Seleccione *¿Ya es miembro?*, y luego *Buscar un formulario o documento*. O bien comuníquese por teléfono al 800.235.7111 o al 501.228.7111 y pida que le envíen una copia por correo.