

## 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 diagnóstico y tratamiento y su significado, o bien para solicitar cualquier otro tipo de asistencia, llámenos. ¡Con gusto lo ayudaremos!

Servicios al Cliente de QualChoice  
De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro  
1-800-235-7111 (TTY: 711) o 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?

Le recomendamos completar el *Formulario de solicitud de apelación del miembro\** o enviar 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 hacernoslo saber en el *Formulario de solicitud de apelación del miembro\**.

### ► ¿Puedo brindar información adicional para la revisión de 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,

# Derecho al aviso de apelación

## Miembros de planes de grupo totalmente asegurados y autofinanciados sin ERISA

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.

<b>Número de teléfono</b>	Servicios al Cliente de QualChoice 1-800-235-7111 (TTY: 711) o 501-228-7111 De lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., CT	<b>Por correo postal</b>	QualChoice Attn: Appeals and Grievance Coordinator P.O. Box 25610 Little Rock, AR 72221-5610
---------------------------	--	--------------------------	---

\* Los formularios se encuentran en QualChoice.com; seleccione “*Already a Member?*” (¿Ya es miembro?), y luego “*Find a Form or Document*” (Buscar un formulario o documento). O bien llámenos al 800-235-7111 o al 501-228-7111 y pida que le envíen una copia por correo.

### ► ¿Cuánto tiempo demora QualChoice en tomar una decisión?

- Solicitud *previa al servicio* (atención aún no recibida): en un plazo de los **30 días** de su apelación
- Apelación *posterior al servicio* (por el cuidado que ya recibió): 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 se define como *urgente* conforme a la ley, le responderemos en un plazo de **72 horas**.

Usted, o su representante autorizado, tiene derecho a solicitar una apelación externa urgente al mismo tiempo que solicita una apelación acelerada.

### ► ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión sobre la apelación?

Usted tiene derecho a que profesionales de atención médica que no están asociados con nosotros revisen nuestras decisiones si estas implicaron tomar una decisión en cuanto a la necesidad médica, idoneidad, entorno de atención médica, nivel de atención o eficacia de los servicios o tratamientos de atención médica que usted solicitó presentando una solicitud de revisión externa.

#### **Solicitud de revisión externa**

- **Si no está satisfecho con la decisión sobre la apelación, puede solicitar una apelación de segundo nivel llamada apelación externa.**

## **Derecho al aviso de apelación**

### **Miembros de planes de grupo totalmente asegurados y autofinanciados sin ERISA**

Usted tiene derecho a una revisión externa por parte de un tercero, por necesidad médica o en virtud de un procedimiento experimental o de investigación, si:

- seguimos rechazando sus reclamaciones de cobertura o servicio; O
- no recibió una decisión oportuna de nuestra parte (30 días para la apelación previa al servicio o 60 días para la apelación posterior al servicio después de la fecha en que se presenta la apelación y no ha solicitado o aceptado una demora).

Si califica para una revisión externa estándar, su apelación debe presentarse en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que reciba este aviso. **Como parte del proceso de revisión externa, tiene la oportunidad de enviar información adicional a QualChoice relacionada con la reclamación para que sea considerada por la organización de revisión externa.**

Para presentar una revisión externa, comuníquese con:

**Arkansas Insurance Department**

**Attn: External Reviews**

1 Commerce Way Suite 102  
Little Rock, AR 72202

**Número de teléfono:** 1-800-852-5494

**Fax:** 501-371-2734

**Correo electrónico:** [insurance.externalreview@arkansas.gov](mailto:insurance.externalreview@arkansas.gov)

También tiene derecho a solicitar una revisión externa acelerada. Usted o su representante autorizado pueden presentar una solicitud de revisión externa acelerada si:

- su condición médica hace que el plazo de realización de una revisión externa estándar pueda poner en grave peligro su vida o su salud o su capacidad para recuperar al máximo sus funciones.
- La determinación trata de lo siguiente:
  - una admisión, la disponibilidad de la atención, la continuación de una hospitalización o un servicio de atención de salud que haya requerido servicios de emergencia, antes de obtener el alta del centro; O
  - un rechazo de la cobertura basado en la determinación de que el servicio de atención de salud o el tratamiento recomendado o solicitado es experimental o de investigación, o si su médico certifica por escrito que el servicio de atención de salud o el tratamiento recomendado o solicitado objeto de la solicitud sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato.

**No tendrá que pagar el costo de la revisión externa.**

## Derecho al aviso de apelación

Miembros de planes de grupo totalmente asegurados y  
autofinanciados sin ERISA

### ► ¿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. y con la agencia reguladora de seguros del estado. 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).

#### Arkansas Insurance Department

Attn: Consumer Services Division  
1 Commerce Way, Suite 102  
Little Rock, AR 72202

**Número de teléfono:** 1-800-852-5494

**Correo electrónico:** [insurance.consumers@arkansas.gov](mailto:insurance.consumers@arkansas.gov)

#### U.S. Department of Labor

Employee Benefits Security Administration (EBSA)

**Número de teléfono:** 866-444-EBSA (3272)

**Sitio Web:** [askebsa.dol.gov](http://askebsa.dol.gov)

#### Arkansas Department of Health

4815 W Markham  
Little Rock, AR 72205

**Número de teléfono:** 1-800-462-0599

**Sitio Web:** [healthy.arkansas.gov](http://healthy.arkansas.gov)

#### Arkansas State Medical Board

1401 W Capitol Ave, Suite 340  
Little Rock, AR 72201

**Número de teléfono:** 501-296-1802

**Correo electrónico:** [support@armedicalboard.org](mailto:support@armedicalboard.org)