

Lea atentamente la información a continuación y luego complete el formulario que comienza en la página 2.

Si rechazamos una reclamación en su totalidad o en parte y no está de acuerdo, puede solicitar una revisión. Esto se llama apelación. Hay dos maneras de hacerlo:

1. Revisión informal (opcional)

Llame a Servicio al Cliente al 501.228.7111 o al 800.235.7111 (TTY: 711) para hablar sobre su problema con la reclamación. Es posible que podamos resolverlo rápidamente fuera del proceso formal. Si el representante de Servicio al Cliente no puede resolver el problema, le informará sobre su derecho a apelar.

2. Proceso de apelación formal

Complete y envíe por correo las páginas 2 y 3 o envíenos una carta para solicitar una apelación. Si envía una carta, debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario. La carta también debe informarnos por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Debemos recibir este formulario o la carta en los plazos que se indican a continuación.

Tipo de plan	Nivel I: Apelación interna	Nivel II: Apelación	Revisión externa
Apelación administrativa ante el Grupo de Beneficios Médicos para Empleados Federales	Envíe el formulario de apelación o la carta a QualChoice dentro de los 180 días de recibir la Explicación de beneficios (EOB) o una carta de denegación (determinación adversa).	Puede solicitar a la Oficina de Administración de Personal que reconsidere su reclamación. Consulte el folleto federal.	Sin opción de revisión externa
Apelación de necesidad médica ante el Grupo de Beneficios Médicos para Empleados Federales	Envíe el formulario de apelación o la carta a QualChoice dentro de los 180 días de recibir la Explicación de beneficios (EOB) o una carta de denegación (determinación adversa).	Puede solicitar a la Oficina de Administración de Personal que reconsidere su reclamación. Consulte el folleto federal.	Sin opción de revisión externa
Apelación administrativa grupal	Envíe el formulario de apelación o la carta a QualChoice dentro de los 180 días de recibir la Explicación de beneficios (EOB) o una carta de denegación (determinación adversa).	Sin opción de apelación de Nivel II	Sin opción de revisión externa
Apelación de necesidad médica grupal	Envíe el formulario de apelación o la carta a QualChoice dentro de los 180 días de recibir la Explicación de beneficios (EOB) o una carta de denegación (determinación adversa).	Sin opción de apelación de Nivel II	Puede solicitar al Departamento de Seguros de Arkansas una revisión externa por parte de un tercero una vez que finalice el proceso de apelaciones internas.
Apelación administrativa autofinanciada	Envíe el formulario de apelación o la carta a QualChoice dentro de los 180 días de recibir la Explicación de beneficios (EOB) o una carta de denegación (determinación adversa).	Las apelaciones de Nivel II deben dirigirse al patrocinador del plan. Consulte los documentos del plan para conocer los plazos.	Sin opción de revisión externa
Apelación de necesidad médica autofinanciada	Envíe el formulario de apelación o la carta a QualChoice dentro de los 180 días de recibir la Explicación de beneficios (EOB) o una carta de denegación (determinación adversa).	Sin opción de apelación de Nivel II	Puede solicitar al patrocinador del plan una revisión externa por parte de un tercero una vez que finalice el proceso de apelaciones internas.

Puede presentar la apelación por su cuenta o nombrar a otra persona para que actúe en su nombre. Esta persona se denomina representante autorizado. Debe completar y firmar la Sección IV para designar a alguien como su representante autorizado.

Puede enviarnos por correo o fax el formulario de apelación y cualquier archivo adjunto. También puede presentar la apelación verbalmente si la denegación se basó en la necesidad médica; las solicitudes verbales deben ir seguidas de una solicitud por escrito, a menos que se trate de una apelación acelerada previa al servicio. Llámenos al 501.228.7111 o al 800.235.7111 (TTY: 711) o envíe la solicitud de apelación por fax al 833.744.1736. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8 a. m. a 5 p. m., hora del centro.

Apelación acelerada: si su médico considera que una demora pondrá en grave riesgo su salud, su vida o su recuperación, o le causará dolor intenso, se considera una reclamación de atención de urgencia. En este caso, usted o su médico pueden solicitar una apelación acelerada. Llámenos al 501.228.7111 o al 800.235.7111 (TTY: 711) para solicitar una apelación acelerada, o envíe la solicitud de apelación por fax al 833.744.1736.

Marque una opción: ☐ Esta es mi primera apelación. ☐ Esta es mi segunda apelación (solo planes grupales).

Sección I. Identificación del miembro

Nombre del miembro en letra de imprenta (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de teléfono: ☐ Particular ☐ Trabajo ☐ Celular	Número de ID de QualChoice	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del suscriptor en letra de imprenta (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre): si es MISMO que el miembro, indique ÍDEM. Si el miembro es menor de edad, el suscriptor también debe firmar la Sección V.			

Sección II. Reclamación/servicio que se está apelando

¿Ya ha recibido los servicios? Marque Sí o No y explique a continuación.

☐ Sí Si la respuesta es SÍ:
 Nombre completo del proveedor: _____ Fecha de servicio en la EOB: _____
 Número de reclamación en la EOB: _____ Monto facturado: _____
 Envíe una copia de la Explicación de beneficios (EOB) junto con este formulario.

☐ No Si la respuesta es NO:
 ¿Cuál es la fecha prevista para el servicio (MM/DD/AAAA)? _____ Envíe una copia de la carta de denegación.

Díganos por qué está apelando y por qué no está de acuerdo con nuestra decisión. Escriba de forma clara. Adjunte páginas adicionales si es necesario. Cada página debe estar firmada, fechada e incluir el nombre del miembro y el número de ID de QualChoice.

Sección III. Información de la apelación

Marque el motivo de la denegación proporcionado en la EOB o en la carta de denegación. Envíe esta información junto con su apelación.

Motivo de la denegación Marque una opción.	Qué debe enviar junto con su apelación
☐ El beneficio está excluido o limitado.	- Sección de la Evidencia de cobertura o del Resumen de beneficios que corresponda - Motivos por los que cree que se aplica a su apelación
☐ No era médicamente necesario.	- Una carta de su médico que respalde la necesidad médica - Copia de los expedientes médicos que correspondan
☐ El procedimiento se considera experimental o en investigación.	- Una carta de su médico que respalde la necesidad médica - Copia de los expedientes médicos que correspondan - Bibliografía médica revisada por pares que corresponda
☐ El proveedor no está en la red de QualChoice.	- Una carta del proveedor de la red que respalde la necesidad de usar un proveedor fuera de la red - Motivo por el que el proveedor cree que este servicio no se podría proporcionar dentro de la red - Copia de los expedientes médicos que correspondan
☐ La reclamación no se pagó correctamente.	Díganos cómo y por qué cree que se debería haber pagado la reclamación.

Sección IV. Designación de representante

Debe completar esta sección si le otorga a otra persona la facultad de actuar en su nombre en esta apelación. También debe firmar la Sección V incluso si un representante autorizado actúa en su nombre.

Le otorgo a la persona que mencionada a continuación la facultad de actuar en mi nombre en esta apelación.

Nombre del representante autorizado en letra de imprenta	Número de teléfono: ☐ Particular ☐ Trabajo ☐ Celular	Relación con el afiliado
--	--	--------------------------

NOTA: Los miembros de 18 años o más deben firmar la Sección V ellos mismos. Si el miembro no puede firmar, la persona que completa y firma este formulario debe firmar la Sección V. El motivo por el que el miembro no puede firmar este formulario debe indicarse a continuación. Además, se debe adjuntar constancia del derecho legal (como un poder notarial para la atención médica o una orden judicial).

Sección V. Autorización para divulgar información de salud.

Esta autorización vence al final de la apelación. El miembro también puede cancelar esta autorización en cualquier momento mediante solicitud por escrito a QualChoice.

- Si esta apelación la envía una persona que no soy yo, entiendo que quedará obligado por las acciones y decisiones de esa persona. Entiendo que las gestiones realizadas por esa persona son los derechos de apelación que se me otorgan en virtud de mi plan de salud.
- Apruebo la divulgación de cualquier registro médico u otro registro importante para esta apelación a un revisor externo y, si es necesario, a la persona que presentó esta apelación en mi nombre.
- Entiendo lo siguiente:
 - Se podrá enviar una copia de este formulario y de cualquier archivo adjunto a un revisor externo independiente.
 - Esta autorización no cambia mi inscripción, mi elegibilidad ni el pago de beneficios.
 - La información que he aceptado que se divulgue puede estar sujeta a una nueva divulgación y ya no estar protegida por la ley de privacidad de la salud.
 - Puedo revisar el expediente de apelación llamando al representante de apelaciones de QualChoice.

Firma del miembro (si es menor de edad, debe firmar el titular de la póliza) X	Firma del titular de la póliza (solo si el miembro es menor de edad) X	Fecha de la firma (MM/DD/AAAA)
---	---	--------------------------------

Si el miembro no puede firmar la Sección V, la persona que firma en su nombre debe explicar el motivo a continuación.

Indique el motivo por el que el miembro no puede firmar este formulario.

Sección VI. Instrucciones

La siguiente dirección es solo para apelaciones. Cualquier otra solicitud enviada a esta dirección retrasará la tramitación de su solicitud. Envíe solo las páginas 2 y 3. Conserve la página 1 para sus archivos.

Correo postal QualChoice ATTN: Appeals Rep P.O. Box 25610 Little Rock, AR 72221-5610	Fax QualChoice ATTN: Appeals Rep Fax: 833-744-1736
---	--

Documentos adjuntos Marque **todos** los elementos que se adjuntan.

- ☐ Copia de la *Explicación de beneficios (EOB)* o de la carta de denegación de QualChoice
- ☐ Sección de la *Evidencia de cobertura* o del *Resumen de beneficios* que se aplica a su apelación
- ☐ Carta de necesidad médica de su médico
- ☐ Expedientes médicos de su médico que respaldan su apelación
- ☐ Bibliografía médica revisada por pares de su médico que respalda su apelación
- ☐ Informe quirúrgico (es decir, notas de cirugía) de su médico
- ☐ Informes de radiología/laboratorio
- ☐ Constancia de facultad legal para firmar la Sección V (si corresponde)
- ☐ Otro. *Describe:*