

**Esta es información importante sobre sus derechos de apelación. Por favor, guarde una copia.**

Si QualChoice niega la cobertura o el pago de un reclamo (en su totalidad o en parte), usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esa decisión. A esto se le denomina *apelación*. Tenemos dos niveles de revisión. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión después de la revisión de Nivel 1, puede solicitar otra, llamada revisión de Nivel 2.

**¿Qué es una determinación adversa de beneficios?**

Cuando no pagamos un reclamo (total o parcialmente) se le denomina *determinación adversa de beneficios*, o negación. Recibirá una *Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB)* o una carta de nuestra parte en la que se explique la negación.

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

Si necesita ayuda, comuníquese con nosotros, ¡estaremos encantados de ayudarle!

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

**¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la negación?**

Si no está de acuerdo, puede presentar una apelación. Esta debe enviarse por escrito.

**¿Cómo presento una apelación?**

Se le recomienda que llene el *Formulario de solicitud de apelación para miembros\** o envíe una carta donde explique su apelación. Debe enviarlos en un plazo de 180 días siguientes a la fecha en que recibió su *EOB* o carta de negación.

**¿Quién puede presentar una apelación?**

Puede presentar una apelación por su cuenta o puede aprobar que alguien actúe en su nombre. Al último se le denomina *representante autorizado*. Si aprueba que otra persona actúe en su nombre, debe hacérselo saber en el *Formulario de solicitud de apelación para miembros\**.

**¿Puedo proporcionar información adicional para la revisión de mi reclamo?**

Usted, su médico u otro experto en atención médica pueden enviarnos datos adicionales que podrían ayudarnos a cambiar nuestra decisión. Asegúrese de enviar una copia de cualquier información adicional con su solicitud por escrito.

**¿Puedo solicitar una copia de la información utilizada para negar mi reclamo?**

Puede llamarnos o escribirnos para solicitar una copia de la información que usamos para tomar nuestra decisión. Solo llame o llene el formulario de *Solicitud de acceso a información personal de salud\** y envíelo junto con su solicitud.

Teléfono	Correspondencia
Servicio al Cliente 800.235.7111 o 501.228.7111 de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.	QualChoice A la atención de: Appeals and Grievance Coordinator P.O. Box 25610 Little Rock, AR 72221-5610

\*Puede encontrar los formularios en QualChoice.com: seleccione *“Already a Member?” (¿Ya es miembro?)*, luego *“Find a Form or Document” (Buscar un formulario o documento)*. También puede llamarnos al 800.235.7111 o al 501.228.7111 y pídanos que le enviemos una copia por correo.

### ¿Cuánto tiempo pasará antes de que QualChoice tome una decisión de Nivel 1?

Solicitud *previa al servicio* (atención aún no recibida): dentro de los **15 días** siguientes a su apelación

Apelación *posterior al servicio* (atención ya recibida): dentro de los **30 días** siguientes a su apelación

### ¿Qué sucede si mi problema de salud es urgente?

Un reclamo de *atención de urgencia* es cuando usted o su médico sienten que:

- Su salud, vida o recuperación está en alto riesgo, o
- Tiene un nivel de dolor elevado.

En este caso, usted o el médico que actúa en su nombre puede solicitar una apelación interna *expedita*. Si su asunto puede ser definido como *urgente* según la ley, le responderemos en un plazo de **72 horas**.

### ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con la decisión del Nivel 1?

Si no está de acuerdo con nuestra decisión de Nivel 1, puede solicitar una revisión de Nivel 2. Tendrá 30 días a partir de la fecha en que reciba nuestra carta de decisión de Nivel 1 para solicitar una revisión de Nivel 2. Debe enviar esta solicitud por escrito a:

QualChoice  
A la atención: Appeals and Grievance Coordinator  
Apartado postal 25610  
Little Rock, AR 72221-5610

### Solicitud de revisión externa

Tiene derecho a una revisión externa por una tercera entidad independiente, si:

- Seguimos negando sus reclamaciones de cobertura o servicio después de que se hayan agotado ambos niveles de apelación, o
- No recibió nuestra decisión a tiempo (30 días para las reclamaciones posteriores al servicio y 15 días para las solicitudes previas al servicio)

Si califica para una revisión externa *estándar*, su apelación debe presentarse dentro de los 4 meses siguientes a la fecha en que reciba esta notificación. Escriba o llame a:

**Departamento de Seguros de Arkansas**  
A la atención de: External Appeals  
1200 W. Third St., Little Rock, AR 72201  
800.852.5494 o 501.371.2640  
[www.insurance.arkansas.gov](http://www.insurance.arkansas.gov)

También tiene derecho a solicitar una revisión externa *expedita*.

### ¿Qué otra ayuda está disponible?

Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o si necesita ayuda adicional, llame a:

<b>Departamento de Seguros de Arkansas</b>	<b>Departamento de Trabajo de los Estados Unidos</b>
Consumer Services Division (División de Servicios al Consumidor) 1200 West Third St Little Rock AR 72201 Teléfono: 800.852.5494	Employee Benefits Security Administration, EBSA (Administración de Seguridad de Beneficios de Empleados) Teléfono: 866.444.EBSA (3272) <a href="http://www.askebsa.dol.gov">www.askebsa.dol.gov</a>