

**Esta es información importante sobre sus derechos de apelación. Conserve una copia.**

Si QualChoice niega la cobertura o el pago de un reclamo (en parte o en su totalidad), usted tiene derecho a solicitarnos que cambiemos esa decisión. A esto se le denomina *apelación*.

**¿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. A este 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 no recibida aún): dentro de los **30 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 de conformidad con la ley su situación se puede definir como *urgente*, le responderemos en un plazo de **72 horas**.

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

Si continuamos negando la cobertura o el servicio solicitado, o si usted no recibe una decisión oportuna (*30 días para las reclamaciones posteriores al servicio y 30 días para las solicitudes previas al servicio*), es posible que pueda solicitar una **Revisión Externa** de su reclamación por parte de una tercera entidad independiente que revisará la denegación y emitirá una decisión final.

### Solicitud de revisión externa

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:

Departamento de Seguros de Arkansas	Departamento de Trabajo de los Estados Unidos
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>

#### NOTA IMPORTANTE

Los miembros ubicados en el Condado de Sevier, Arkansas pueden solicitar asistencia en español, llamando al siguiente número: 800.235.7111