

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

Si QualChoice toma una decisión sobre sus beneficios o cobertura que resulta en que una solicitud de reembolso (claim, en inglés) es rechazada (totalmente o en parte), usted tiene derecho a pedirnos que cambiemos esa decisión. Esto se llama una **apelación**.

¿Qué es una determinación adversa de beneficios?

Cuando no pagamos la solicitud de reembolso (totalmente o en parte), se llama “determinación adversa de beneficios” (adverse benefit determination). También se conoce como denegación. Usted recibirá una Explicación de beneficios (*Explanation of Benefits, EOB*) o una carta de nosotros informándole de la denegación.

¿Qué pasa si necesito ayuda para entender una denegación (determinación adversa de beneficios)?

Si usted necesita ayuda para entender una denegación, por favor llámenos. Estaremos encantados de ayudar.

Servicio al cliente
Lunes a viernes — 8:00 a.m. hasta 5:00 p.m.
800.235.7111 o 501.228.7111

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la denegación?

Si usted no está de acuerdo con nuestra denegación, puede presentar una apelación. Su apelación debe recibirse por escrito.

¿Cómo presento una apelación?

Si usted decide presentar una apelación, tendrá que completar nuestro formulario de solicitud de apelación del afiliado *Member Appeal Request Form**. Nosotros debemos recibir su apelación dentro de **180 días** a contar desde la fecha en que recibió su EOB o la carta de denegación.

¿Quién puede presentar una apelación?

Usted puede presentar una apelación por sí solo. Usted también puede autorizar a otra persona para que actúe en su nombre. Esto se llama un representante autorizado. Si usted autoriza que otra persona actúe en su nombre, tiene que informarlo en el formulario de solicitud de apelación del miembro *Member Appeal Request Form**.

¿Puedo entregar información adicional que ayude en la revisión de mi solicitud de reembolso?

Usted, su doctor u otro profesional de salud pueden enviarnos más información. Esto puede ayudar a modificar nuestra decisión. Asegúrese de hacer una copia de toda la información adicional y envíela con su solicitud escrita.

¿Puedo solicitar una copia de la información usada en la denegación de mi solicitud de reembolso?

Usted puede llamarnos o escribirnos para pedir una copia de la información que usamos al tomar nuestra decisión. Simplemente llame o complete el formulario de solicitud de acceso a la información personal de salud *Request for Access to Personal Health Information** y envíelo con su solicitud.

TELÉFONO	CORREO
Servicio al cliente 800.235.7111 o 501.228.7111 Lunes a viernes, de 8:00 a.m. hasta 5:00 p.m.	QualChoice ATENCIÓN: Appeals and Grievance Coordinator (Coordinador de apelaciones y quejas) P.O. Box 25610 Little Rock, AR 72221-5610

¿Cuánto tiempo se demora QualChoice en tomar una decisión de Nivel 1?

Solicitud pre-servicio (la atención todavía no se ha recibido): dentro de **30 días** de su apelación
Apelación post-servicio (ya ha recibido la atención): dentro de **60 días** de su apelación

¿Qué pasa si mi problema de salud es urgente?

Una solicitud de reembolso de atención urgente es cuando usted, o su doctor, sienten que su salud, su vida o su recuperación corren un riesgo alto. O usted tiene un nivel alto de dolor. En este caso, usted o su doctor actuando en su nombre pueden solicitar una apelación interna **expedita**. Si su problema se ajusta a la definición de **urgente** según la ley, responderemos dentro de **72 horas**.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de Nivel 1?

Si continuamos denegando la cobertura o servicio solicitado, o usted no recibe una decisión oportuna (*60 días para solicitudes de reembolso post-servicio y 30 días para solicitudes pre-servicio*), usted todavía puede solicitar una **Revisión Externa** de su solicitud de reembolso por un tercero independiente quien revisara la denegación y emitirá una decisión final.

¿Qué otra ayuda hay disponible?

Si tiene preguntas sobre sus derechos de apelación o necesita ayuda adicional, puede llamar a:

<p>Arkansas Insurance Department (Departamento de Seguros de Arkansas) Consumer Services Division (División de Servicios al Consumidor) 1200 West Third St Little Rock AR 72201 Teléfono: 800.852.5494 Correo electrónico: insurance.consumers@arkansas.gov</p>	<p>U.S. Dept of Labor (Departamento de Trabajo de los EE.UU.) Employee Benefits Security Administration (EBSA) (Administración de Seguridad de Beneficios para Empleados) Teléfono: 866.444.EBSA (3272) www.askebsa.dol.gov</p>
---	--

Solicitud de Revisión Externa

Si usted es elegible para una revisión externa *estándar*, su apelación debe ser presentada en los 4 meses después desde la fecha en que recibió este aviso. Por favor escriba o llame a:

Arkansas Insurance Department
(Departamento de Seguros de Arkansas)
Atención: External Appeals (Apelaciones externas)
1200 W. Third St. | Little Rock, AR 72201
800.852.5494 o 501.371.2640
www.insurance.arkansas.gov

Usted también tiene derecho a solicitar una revisión externa *expedita*.

* Los formularios están disponibles en QualChoice.com, seleccione Members, y después Forms. O llámenos a los teléfonos 800.235.7111 o 501.228.7111 y solicite una copia sin costo.

NOTA IMPORTANTE
Miembros ubicados en el Condado de Sevier, Arkansas pueden solicitar asistencia en Español, llamando al siguiente número: 800.235.7111