

Por favor lea atentamente la información de abajo. El formulario a completar empieza en la página dos.

Si denegamos una solicitud de reembolso total o en parte y usted no está de acuerdo, puede pedir una revisión. Esto se llama una apelación. Hay dos formas de hacer esto:

1. REVISIÓN INFORMAL — Opcional

Llame a Servicio de Atención al Cliente al 800.235.7111 o al 501.228.7111 para hablar sobre su problema de reembolso. Es posible que podamos resolver su problema rápidamente fuera del proceso formal. Si el Servicio de Atención al Cliente no puede resolver el problema, él o la representante le informará de su derecho a apelar.

2. PROCESO DE APELACIÓN FORMAL

Rellene y envíe por correo las páginas 2 y 3 y/o envíenos una carta solicitando una apelación. Si nos envía una carta, debe incluir todos los datos que se piden en el formulario. Su carta también debe explicarnos porque no está de acuerdo con nuestra decisión. Debemos recibir este formulario o su carta en los plazos de tiempo indicados abajo.

Plazos de tiempo

Tipo de plan	Nivel I: Apelación interna	Nivel II: Apelación interna	Revisión externa
Grupo	Dentro de 180 días de recibir una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o una carta de denegación (determinación adversa)	Dentro de 30 días de recibir nuestro dictamen sobre la primera apelación	Usted puede pedir una Revisión externa por un tercero independiente una vez que termine el proceso de apelación interno.
Individual y Familiar	Dentro de 180 días de recibir una Explicación de Beneficios (Explanation of Benefits, EOB) o una carta de denegación (determinación adversa)	<i>Solo hay una apelación de Nivel I.</i>	Usted puede pedir una Revisión externa por un tercero independiente una vez que termine el proceso de apelación interno.
Auto-financiado	La apelación de Nivel I es a QualChoice. Consulte los documentos de su plan para ver los plazos de tiempo.	La apelación de Nivel II es a su patrocinador del plan. Consulte los documentos de su plan para ver los plazos de tiempo.	

Usted puede apelar por sí mismo. También puede darle a otra persona la autorización para apelar por usted. Esto se llama un representante autorizado. Debe rellenar y firmar la Sección IV para designar a esta persona.

Usted puede enviarnos por correo o por fax este formulario y sus documentos adjuntos. También puede darnos su apelación verbalmente si la denegación se basó en la necesidad médica. Llámenos a los teléfonos 501.228.7111 o 800.235.7111 y pida hablar con un Representante de apelaciones. Nuestro horario de funcionamiento es lunes - viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Apelación expedita: Tomamos decisiones más rápidas para solicitudes de reembolso de atención urgente. Si su doctor cree que un retraso podría poner en riesgo grave su salud, su vida o su recuperación o causarle un dolor severo, esta es una solicitud de atención **urgente**. Usted o su doctor pueden pedir una apelación expedita. Llámenos a los teléfonos 501.228.7111 o 800.235.7111 y pida hablar con un Representante de apelaciones.

Revisión externa: Si su solicitud vuelve a ser denegada después de concluida su apelación interna, puede pedir una revisión externa por un tercero independiente.

- **Planes grupales o individuales:** Usted puede pedir una revisión externa una vez que la revisión interna haya terminado. Para algunos eventos, puede pedir una revisión externa antes de que haya concluido la revisión interna. Vaya a www.insurance.arkansas.gov. Haga clic en *Consumer Services* (servicios al consumidor), después en *External Review* (revisión externa). O llame al Departamento de seguros de Arkansas al 800.282.0134.
- **Planes auto-financiados:** Si es elegible, debe pedir una revisión externa por escrito dentro de cuatro (4) meses de recibida la carta de denegación final. Por favor consulte a su administrador grupal o remítase a los documentos de su plan para más detalles.

Por favor marque una opción: Esta es mi primera apelación. Esta es mi segunda apelación (Solo planes grupales)

Sección I. Identificación del miembro			
Escriba en letras mayúsculas el nombre (<i>apellido, nombre, inicial del medio</i>)	Teléfono: <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular	Núm. de identificación QualChoice	Fecha de hoy (MM/DD/AAAA)
Dirección postal	Ciudad	Estado	Código Zip
Escriba en letras mayúsculas el Nombre del titular de la póliza (<i>apellido, nombre, inicial del medio</i>) – si es EL MISMO que el del miembro, marque EL MISMO. Si el miembro es un menor de edad, el titular de la póliza también debe firmar la Sección V.			

Sección II. Solicitud de reembolso/Servicio que apela
<p>¿Se han recibido ya los servicios? Por favor marque Sí o No e incluya una explicación abajo.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí Si contestó Sí:</p> <p>Nombre completo del prestador: _____ Fecha de servicio en la EOB (Explicación de beneficios): _____</p> <p>Nº de solicitud de reembolso en la EOB: _____ Monto facturado: _____</p> <p>Envíe una copia de su Explicación de Beneficios (<i>Explanation of Benefits, EOB</i>) con este formulario.</p> <p><input type="checkbox"/> No Si contestó NO:</p> <p>¿Cuál es la fecha prevista para el servicio (MM/DD/AAAA)? _____. Por favor envíe una copia de su carta de denegación de QualChoice.</p> <p><i>Díganos porque está apelando y porque no está de acuerdo con nuestra decisión. Por favor escriba claramente. Si fuera necesario, adjunte páginas adicionales. Cada página debe estar firmada, fechada e incluir el nombre del miembro y el número de identificación de QualChoice.</i></p>

Sección III. Información de apelación. De la EOB (Explicación de beneficios) o carta de denegación, marque la razón de la denegación. Envíe la información solicitada con su apelación.	
Razón para la denegación. Por favor marque uno.	Qué enviar con su apelación
<input type="checkbox"/> El beneficio es excluido o limitado	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aplica la sección <i>Evidence of Coverage</i> (comprobante de cobertura) o <i>Benefit Summary</i> (resumen de beneficios) ▪ Razones por las que usted cree que se aplica a su apelación
<input type="checkbox"/> No es necesaria medicamente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una carta de su doctor que apoya la necesidad médica ▪ Copia de los expedientes médicos que apliquen
<input type="checkbox"/> Procedimiento considerado experimental o en etapa de investigación	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una carta de su doctor que apoya la necesidad médica ▪ Copia de los expedientes médicos que apliquen ▪ Literatura médica revisada por pares pertinente
<input type="checkbox"/> El prestador no está en la red de QualChoice	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Una carta del prestador dentro de la red que apoye la necesidad de usar un prestador fuera de la red ▪ Razón por la que el prestador cree que este servicio no puede ser provisto dentro de la red ▪ Copia de los expedientes médicos que apliquen
<input type="checkbox"/> La solicitud de reembolso no fue pagada correctamente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Díganos cómo y porqué usted cree que la solicitud de reembolso debería haberse pagado

Sección IV. Designación de representante

Usted debe rellenar esta sección si le va a dar a otra persona la autoridad para actuar en su nombre en esta apelación. También debe firmar la Sección V incluso si está usando un representante autorizado para que actúe en su nombre.

Por la presente otorgo a la persona mencionada abajo la autoridad de actuar en mi nombre en esta apelación.

Escriba en letras mayúsculas el Nombre del Representante Autorizado

Teléfono Casa Trabajo
 Celular

Relación con el miembro

■ **ATENCIÓN:** Los miembros de 18 años y más deben firmar por sí mismos la Sección V. Si el miembro no puede firmar, la Sección V debe ser firmada por la persona que está rellenando y firmando este formulario. La razón por la que el miembro no puede firmar este formulario debe indicarse abajo. Además, debe adjuntarse un comprobante del derecho legal (tal como un poder de atención de salud o una orden judicial).

Sección V. Autorización para divulgar información de salud. Esta autorización expira al final de la apelación. El miembro también puede anular esta autorización en cualquier momento mediante solicitud escrita a QualChoice.

1. Si esta apelación es enviada por otra persona, yo entiendo que estaré obligado por las acciones y decisiones de esa persona. Yo acepto que los pasos tomados por esa persona son los derechos de apelación que se me otorgan a mí en mi plan de salud.
2. Yo apruebo la divulgación de registros médicos o administrativos importantes para esta apelación a una Organización de revisión externa y, si aplica, a la persona que envió que esta apelación en mi nombre.
3. Yo entiendo lo siguiente:
 - Podrá enviarse una copia de este formulario y sus documentos adjuntos a una Organización de revisión externa independiente.
 - Esta autorización no cambia mi inscripción, elegibilidad o pago de beneficios.
 - La información que he autorizado que se divulgue puede estar sujeto a una re-divulgación y dejar de estar protegida por la ley de privacidad de salud.
 - Yo puedo revisar mi archivo de apelación llamando a un Representante de apelaciones de QualChoice.

Firma del miembro (si es un menor, debe firmar el titular de la póliza)

Firma del titular de la póliza (solo si el miembro es menor de edad)

Fecha de firma (MM/DD/AAAA)

X

■ Si el miembro no puede firmar la Sección V, la persona que firma en su nombre debe indicar la razón abajo.

Por favor indique la razón por la que el miembro no puede firmar este formulario.

Sección VI. Instrucciones. La dirección de abajo es **solo** para apelaciones. Toda otra solicitud enviada a esta dirección puede demorar nuestro tratamiento de su solicitud. Envíenos solamente las páginas 2 y 3 (guarde la página 1 para sus archivos).

Correo QualChoice
ATTN: Appeals Rep
P.O. Box 25610
Little Rock, AR 72221-5610

Fax QualChoice
ATTN: Appeals Rep
Fax: 501.228.9413

Documentos adjuntos. Por favor marque todos los ítems que se incluyen.

- Copia de la Explicación de Beneficios (EOB) o su carta de denegación de QualChoice.
- Sección de *Evidence of Coverage* (Evidencia de cobertura) o *Benefit Summary* (resumen de beneficios) que se aplique a su apelación
- Carta de necesidad médica (Letter of Medical Necessity) de su doctor
- Registros médicos de su doctor que puedan apoyar su apelación
- Literatura médica de apoyo revisada por pares de su doctor
- Informe operativo (es decir, notas de cirugía) de su doctor
- Informes de radiología/laboratorio
- Comprobante de autoridad legal para firmar la Sección V (si aplica)
- Otros. Por favor describalos.