

CERTIFICACIÓN PARA TRATAMIENTO EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN

Por este medio certifico que soy un proveedor de servicios de salud tratante para _____ (Persona cubierta bajo la póliza) y que he recomendado el medicamento, procedimiento o terapia para el cual se denegó la cobertura con base en la determinación de que es experimental o de investigación. Entiendo que para que la persona cubierta bajo la póliza obtenga el derecho a una revisión externa de esta determinación de beneficios adversa, como proveedor de servicios de salud tratante debo certificar que la condición médica de la persona cubierta bajo la póliza cumple con algunos requisitos.

En mi opinión profesional como proveedor de servicios de salud tratante de la persona cubierta bajo la póliza, por este medio certifico lo siguiente:

(Marque todas las que aplican)

- 1. La persona cubierta bajo la póliza tiene una condición médica terminal, una condición que pone en riesgo su vida o una condición grave que le debilita.
- 2. La persona cubierta bajo la póliza tiene una condición que califica bajo uno o más de los siguientes: (indique cuáles descripciones aplican)
- Los servicios o tratamientos de cuidado de salud estándar no han sido efectivos para mejorar a condición de la persona cubierta bajo la póliza.
- Los servicios o tratamientos médicos normales no son médicamente apropiados para la persona cubierta bajo la póliza.
- No hay ningún servicio o tratamiento de atención médica normal disponible cubierto por el plan de salud de la persona cubierta bajo la póliza que sea más beneficioso que el servicio o tratamiento recomendado.
- El servicio o tratamiento de cuidado de salud recomendado será significativamente menos efectivo si no se inicia pronto.

Explique: _

- 3. Es mi opinión profesional basada en estudios científicos válidos que usan protocolos aceptados que el servicio o tratamientos de cuidado de salud recomendado es probablemente más beneficioso para la persona cubierta bajo la póliza que cualquier servicio o tratamiento de cuidado de salud estándar disponible.

Explique: _

Provea una descripción del tratamiento o servicio de cuidado de salud recomendado.

Firma del proveedor de servicios de salud tratante

Fecha

Nombre en letra de molde