

FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA

ESTE FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA se debe completar con (insertar Departamento de seguro del estado o New Directions, según corresponda) dentro de CUATRO (4) MESES después de recibir una determinación de beneficios adversa, la cual es una denegación del pago de un reclamo o solicitud de cobertura de un servicio de cuidado de salud o tratamiento.

NOMBRE DEL SOLICITANTE \_\_\_\_\_

Persona/paciente cubierto bajo la póliza  Representante autorizado

INFORMACIÓN DE LA PERSONA CUBIERTA BAJO LA PÓLIZA

Nombre \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

N.º de teléfono (Casa) \_\_\_\_\_ (Trabajo) \_\_\_\_\_ (Teléfono celular) \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DE SEGURO

Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

N.º de identificación de seguro de la persona cubierta bajo la póliza \_\_\_\_\_

N.º de referencia/reclamo de seguro \_\_\_\_\_

Dirección de correo postal de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD

Proveedor de servicios de salud/Médico tratante \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

N.º de teléfono \_\_\_\_\_

N.º de expediente médico \_\_\_\_\_

RAZÓN PARA LA DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS (marque uno)

- Los beneficios de los servicios de cuidado de salud o tratamiento se negaron con base en una opinión médica, como necesidad médica, relevancia del cuidado, entorno del cuidado de salud, nivel de cuidado o eficacia de un tratamiento.
- El servicio de cuidado de salud o tratamiento se determinó experimental o de investigación, la cobertura se anuló.
- \_\_\_\_\_

RESUMEN DE SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA

(Ingrese una breve descripción del reclamo, la solicitud del servicio de cuidado de salud o tratamiento se negó o la base de la cancelación de la cobertura, o adjunte una copia de la carta de denegación de los beneficios de su compañía aseguradora).

---

---

---

---

REVISIÓN ACELERADA

Si necesita una decisión rápida, puede solicitar que su revisión externa sea manejada de manera acelerada. Para completar esta solicitud, el proveedor de servicios de salud tratante debe completar el formulario adjunto indicando que un retraso pondría en gran riesgo la vida o la salud de la persona cubierta bajo la póliza o pondría en riesgo la capacidad de la persona cubierta bajo la póliza para recuperar su máximo funcionamiento o sometería a la persona cubierta bajo la póliza a un dolor intenso (físico o emocional) que no se puede controlar de manera adecuada sin el servicio de cuidado de salud o tratamiento solicitado.

¿Es esta una solicitud de revisión acelerada?

sí       NO

FIRMA

Para apelar la denegación de los beneficios, este Formulario debe tener firma y fecha y la "Autorización de uso y divulgación de la información de salud" adjunta debe tener la firma y la fecha. El "Nombramiento de representante autorizado" se debe completar y devolver, si corresponde.

Yo, \_\_\_\_\_, por este medio solicito una revisión externa. Declaro que la información proporcionada en este "Formulario de solicitud de revisión externa" es verdadera y exacta según mi mejor criterio.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona cubierta bajo la póliza/Representante legal

a o Representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fech

\_\_\_\_\_  
Autoridad del Representante  
legal (padre, guardián del  
menor o especifique)