

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Formulario de solicitud de revisión externa

Envíe el formulario a la Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor dentro de los **CUATRO (4) MESES** posteriores a la recepción del aviso de denegación de pago o cobertura por parte de su plan médico.

Nombre del asegurado principal (nombre y apellido):	Nombre del solicitante (nombre y apellido):
La persona que presenta la solicitud es: Paciente Proveedor Otro	

Información sobre la persona o el paciente cubierto	
Nombre (nombre y apellido):	
Dirección:	
Número de teléfono celular:	Número de teléfono del trabajo:
Correo electrónico:	

Información sobre el seguro	
Nombre del plan médico:	
Número de reclamo/referencia del seguro:	Número de identificación del seguro:
Dirección postal del plan médico:	
Número de teléfono del plan médico:	

Información del empleador	
Nombre del empleador:	Número de teléfono del empleador:

¿Su empleador financia su cobertura de salud? Sí No

En caso de duda, consulte a su empleador. Algunos planes autofinanciados tienen diferentes formas de revisar la información.

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Formulario de solicitud de revisión externa

Información de contacto del proveedor de atención médica	
Nombre del proveedor:	Persona de contacto:
Dirección:	
Número de teléfono:	Correo electrónico:
Número de historia clínica:	

Motivo de la denegación del plan médico	
☐	El servicio o tratamiento de atención médica no es médicamente necesario.
☐	El servicio o tratamiento de atención médica es experimental o está en fase de investigación.

Motivo de la solicitud de revisión externa
Ingrese los detalles breves del reclamo y del servicio o tratamiento médico denegado, y adjunte una copia de la denegación emitida por su plan médico. En la página 4 de este documento, puede explicar con sus propias palabras el tratamiento que se le denegó y por qué solicita una revisión. También puede agregar páginas adicionales a su solicitud.

REVISIÓN ACELERADA

Si necesita una revisión acelerada, puede solicitarla. Su médico deberá completar una parte del formulario e indicar que la espera para recibir el tratamiento podría perjudicar la salud o la recuperación del paciente. Adjunte el formulario a su solicitud de revisión.

¿Solicita una revisión acelerada?

☐ Sí

☐ No

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Formulario de solicitud de revisión externa

FIRMA Y DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA

Para solicitar una revisión de la decisión de su plan médico, firme y feche este formulario y acepte divulgar su información médica.

Yo, _____ solicito una revisión externa. Acepto que la información que figura en esta solicitud es correcta. Autorizo a mi compañía de seguros y a mis proveedores de atención médica a compartir mis historiales médicos con la organización de revisión independiente y con la Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor. Los historiales médicos se utilizarán para mi revisión externa y se mantendrán confidenciales. Esta autorización quedará sin efecto cuando se cierre el caso.

Firma de la persona cubierta o del representante legal

Fecha

Parentesco con el beneficiario (p. ej., uno mismo, padre/madre, tutor)

Decisión sobre un servicio o tratamiento médico en disputa

En la siguiente sección, explique el(los) servicio(s) no cubierto(s), las fechas correspondientes y por qué no está de acuerdo. Agregue todas las páginas adicionales, registros médicos, información de su plan médico, estudios o notas de su médico que considere relevantes.

División de Servicios para Personas Mayores y con Discapacidad

Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

Formulario de solicitud de revisión externa

Documentos que debe incluir en la solicitud de revisión externa:

- Formulario de solicitud firmado y fechado.
- Copia de su tarjeta de seguro médico u otra prueba de cobertura.
- Carta de su plan médico o de la empresa de revisión de utilización en la que se indique lo siguiente:
 - ✓ Que la decisión es definitiva y se han agotado los procedimientos de revisión interna.
 - ✓ O que se ha eximido del requisito de completar la revisión interna.

En algunos casos, puede solicitar una revisión externa sin completar todos los pasos de la revisión interna. Comuníquese al número o dirección indicados a continuación para obtener más ayuda.

Puede comunicarse con la Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor si necesita ayuda con la solicitud, si le falta algún documento requerido o si necesita otras formas de completar su solicitud. Para revisiones externas estándar o si tiene más preguntas, envíe toda la documentación a:

Oficina para Asistencia de Salud al Consumidor

7150 Pollock Drive

Las Vegas, NV 89119

Teléfono: (702) 486-3587 o (888) 333-1597

Fax: (702) 486-3586