



## Formulario de solicitud de revisión externa

Este formulario debe presentarse a Select Health en el plazo de 180 DÍAS para los planes autofinanciados o en el plazo de 4 MESES para los planes individuales de Colorado tras la recepción de una denegación de apelación. Las solicitudes de servicios excluidos o con limitaciones de beneficios no son admisibles para la revisión externa.

Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

Suscriptor/miembro  Proveedor  Representante autorizado

### INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del suscriptor \_\_\_\_\_ Nombre del miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Número de teléfono del suscriptor (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Correo electrónico \_\_\_\_\_

Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_ Número de Apelación: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN SOBRE EL PROVEEDOR

Nombre del proveedor de servicios/centro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Persona de contacto, \_\_\_\_\_ número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Número de historia clínica (se encuentra en el documento de facturación de su proveedor) \_\_\_\_\_

### REVISIÓN URGENTE

Se puede realizar una revisión urgente si un retraso pudiera poner en grave peligro la vida o la salud del miembro o si pudiera poner en peligro la capacidad del paciente para recuperar el máximo de sus funciones.

¿Se trata de una solicitud de revisión urgente?

Sí  No

En caso afirmativo, su proveedor de servicios debe cumplimentar el formulario Certificación del proveedor de servicios médicos tratante para la consideración urgente de la revisión externa de un paciente.

### MOTIVO DE RECHAZO *(elegir una)*

- El servicio o tratamiento no cumple los requisitos de necesidad médica, pertinencia, entorno asistencial, nivel de atención o eficacia.
- El tratamiento o servicio es experimental o de investigación

### EXPLICACIÓN DE LA DISPUTA

Describa, con sus propias palabras, su desacuerdo con Select Health. Indique claramente el servicio que se rechaza y la fecha concreta en que se rechaza. Adjunte páginas adicionales si es necesario, incluyendo los historiales médicos disponibles, la información que haya recibido de Select Health en relación con la denegación, bibliografía o estudios clínicos relacionados y cualquier información adicional de su proveedor que desee que se tenga en cuenta.

### REVISIÓN EXPERIMENTAL O DE INVESTIGACIÓN

Si el rechazo se basa en la determinación de que el servicio o tratamiento es experimental o de investigación, su proveedor de servicios debe cumplimentar el formulario de Certificación Médica de Rechazos Experimentales/de Investigación.

## FIRMA Y DIVULGACIÓN DEL HISTORIAL MÉDICO

Para apelar la denegación, debe firmar y fechar este formulario y dar su consentimiento para que se divulguen los expedientes médicos.

Yo, \_\_\_\_\_, solicito por la presente una revisión externa. Doy fe de que, a mi leal saber y entender, la información facilitada en el presente formulario de solicitud es veraz y exacta. Autorizo a mis proveedores de atención médica a divulgar todos los registros médicos o de tratamiento pertinentes a la organización de revisión independiente y a Select Health. Entiendo que la organización de revisión independiente y Select Health utilizarán esta información para tomar una decisión sobre mi apelación y que la información se mantendrá confidencial y no se divulgará a nadie más. Este descargo es válido durante un año.

\_\_\_\_\_  
**Firma del suscriptor/miembro (o representante legal)**

*Padre, tutor, curador u otro - Especifique*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

## REPRESENTANTE AUTORIZADO

Rellene esta sección solamente si otra persona le va a representar en este recurso.

Puede representarse a sí mismo o puede pedir a otra persona, incluido su proveedor, que actúe como su representante autorizado.

Puede revocar esta autorización en cualquier momento.

Por la presente autorizo \_\_\_\_\_ a interponer mi recurso en mi nombre.

\_\_\_\_\_  
**Firma del suscriptor/miembro (o representante legal)**

*Padre, tutor, curador u otro - Especifique*

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
**Fecha**

Dirección del representante autorizado \_\_\_\_\_

Nro. de tel.:(\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

## COMPLETAR SU SOLICITUD

Su solicitud de revisión externa no será aceptada a menos que presente los siguientes documentos: Este formulario completo, firmado y fechado.

Si se solicita una revisión externa urgente, el formulario completo de Certificación del profesional médico tratante para la consideración urgente de la revisión externa de un paciente.

Si la revisión externa se solicita debido a un servicio o tratamiento que se determinó que era experimental o de investigación, el formulario Certificación médica para denegaciones experimentales o de investigación.

Si tiene alguna pregunta, llame a Select Health Appeals al **844-208-9012** los días hábiles, de 8.00 a 17.00 horas.

Para una revisión externa estándar o una que implique un servicio o tratamiento experimental o de investigación, envíe toda la documentación a la siguiente dirección:

### Select Health

**Atención: Departamento de Apelaciones y Reclamaciones**

**P.O. Box 30192**

**Salt Lake City, UT 84130-0192**

**Fax: 801-442-0762**

**Correo electrónico: [appeals@imail.org](mailto:appeals@imail.org)**

Para los planes de Colorado: La División de Seguros de Colorado asigna la Organización de Revisión Independiente que llevará a cabo la revisión.



**Select  
Health**

P.O. Box 30192  
Salt Lake City, UT 84130-0192  
801-442-5038/800-538-5038  
selecthealth.org

## Certificación del proveedor de servicios médicos tratante para la consideración urgente de la revisión externa de un paciente

### NOTA PARA EL PROFESIONAL MÉDICO TRATANTE

Los pacientes pueden solicitar una revisión externa cuando Select Health haya denegado un servicio o tratamiento basándose en una determinación de revisión de utilización de que el servicio o tratamiento solicitado no cumple los requisitos de necesidad médica, pertinencia, entorno asistencial, nivel de atención o eficacia del servicio o tratamiento solicitado. El proceso de revisión externa estándar puede durar hasta 45 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud de revisión externa del miembro. La revisión externa urgente solamente está disponible si el profesional médico que trata al miembro certifica que el cumplimiento de los plazos de la revisión externa estándar pondría en grave peligro la vida o la salud del miembro o pondría en peligro su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones. Una revisión externa urgente debe completarse en un plazo de 72 horas. Este formulario tiene por finalidad proporcionar la certificación necesaria para iniciar una revisión urgente.

### INFORMACIÓN GENERAL

Nombre del proveedor de servicios \_\_\_\_\_  
 Dirección postal \_\_\_\_\_  
 Número de teléfono (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ FAX (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
 Credenciales \_\_\_\_\_  
 Nombre del paciente \_\_\_\_\_ Identificación del suscriptor \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN

Por la presente certifico que soy el proveedor de servicios de \_\_\_\_\_  
 (en lo sucesivo, "el miembro"). Considero que el cumplimiento de los plazos para llevar a cabo una revisión externa estándar de la apelación del miembro, a mi juicio profesional, pondría en grave peligro la vida o la salud del miembro o pondría en peligro su capacidad para recuperar el máximo de sus funciones y que, por este motivo, la apelación del miembro a la denegación por parte de Select Health del servicio o tratamiento solicitado debería tramitarse de forma urgente.

Fecha de la \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



## Certificación médica para denegaciones experimentales/de investigación

A completar por el proveedor de servicios

Por la presente certifico que soy el proveedor del servicio para \_\_\_\_\_ y que he solicitado la autorización para un medicamento, dispositivo, procedimiento o terapia cuya cobertura ha sido denegada debido a la determinación de que la terapia propuesta es experimental y/o de investigación. Entiendo que para que el miembro obtenga el derecho a una revisión externa de esta denegación, como proveedor de servicios debo certificar que la afección médica del miembro cumple ciertos requisitos.

En mi opinión médica como proveedor de servicios del miembro, certifico lo siguiente:

El asegurado padece una enfermedad que cumple uno o varios de los requisitos siguientes:

**Marque todo lo que corresponda:**

- Los servicios o tratamientos médicos habituales no han sido eficaces para mejorar el estado del miembro;
- Los servicios o tratamientos médicos estándar no son médicamente apropiados para el miembro; o
- No existe ningún servicio o tratamiento sanitario estándar disponible cubierto por la aseguradora que sea más beneficioso que el servicio o tratamiento médico solicitado o recomendado.
- El servicio o tratamiento médico que he recomendado y que ha sido denegado, en mi opinión médica, puede ser más beneficioso para el asegurado que cualquier otro servicio o tratamiento médico estándar disponible.
- El servicio médico o tratamiento recomendado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con prontitud.

Explicar

- Es mi opinión médica, basada en estudios científicamente válidos que utilizan protocolos aceptados, que el servicio o tratamiento médico solicitado por el miembro y que ha sido denegado es probablemente más beneficioso para el miembro que cualquier otro servicio o tratamiento médico estándar disponible.

Explicar

Proporcionar una descripción del servicio o tratamiento recomendado o solicitado que es objeto de la denegación. Adjuntar copias de los documentos justificativos.

Fecha de la \_\_\_\_\_ firma \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

# Fair Treatment Notice

Select Health obeys Federal civil rights laws. We do not treat you differently because of your race, color, ethnic background or where you come from, age, disability, sex, religion, creed, language, social class, sexual orientation, gender identity or expression, and/or veteran status.

We provide free:

- Aid to those with disabilities to help them talk with us. This may be sign language interpreters or info in other formats (large print, audio, electronic).
- Help for those whose first language is not English, such as interpreters or member materials in other languages.

Need help? Call Select Health Member Services at **800-538-5038**.

If you feel you've been treated unfairly, call Select Health 504/Civil Rights Coordinator at **1-844-208-9012** (TTY Users: 711) or the Compliance Hotline at **1-800-442-4845** (TTY Users: 711). You may also call the Office for Civil Rights at **1-800-368-1019** (TTY Users: **1-800-537-7697**).

## Language Access Services

**ATENCIÓN:** Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame a Select Health.

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 Select Health

**CHÚ Ý:** Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số Select Health.

통지: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. Select Health. 번호로 전화해 주십시오.

ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ। Select Health मा फोन गर्नुहोस्।

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa Select Health.

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: Select Health.

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги переводчика. Позвоните Select Health.

ATTENTION: si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Contactez Select Health.

注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。Select Health. まで、お電話にてご連絡ください。

ማሳሰቢያ: ከማርኛ የሚናገሩ ከሆነ፣ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶች ያለክፍያ ለእርስዎ ይገኛሉ። Select Health ን ያናግሩ።

ПАЖЊА: Ако говорите Српски, бесплатне услуге помоћи за језик, биће вам доступне. Контактирајте Select Health.

تامدخ لكل رفوتت سف، یبرع ترحت تنك اذا ۛ ۛبنت  
Select Health. ب ل ص ت ا. اناجم ۛیوغلل ا ۛدع اسملا

تامدخ، دی نکی م تب ح ص ینک دراو ار نابز هب رگا : هجوت  
اب. ت س امش رای تخ ارد ناگیار تروص ب، ینابز کم ک  
دی ری گب سامت Select Health

หมายเหตุ: หากคุณพูด ใ้ภาษา, การบริการภาษา โดย  
ไม่มีค่าใช้จ่าย มีพร้อมบริการให้กับคุณ ติดต่อ Select  
Health

**Select Health: 1-800-538-5038**