



210 Park Ave., Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621

## FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA

Este **FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA** debe presentarse en el Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) dentro de los **CUATRO (4) MESES** después de recibir de su plan de salud una denegación de pago de un reclamo o de solicitud de un tratamiento o servicio de atención de la salud.

### **NOMBRE DEL SOLICITANTE**

Marque uno:  Persona con cobertura/Paciente  Representante autorizado

### **INFORMACIÓN DE LA PERSONA CON COBERTURA/PACIENTE**

Nombre de la persona con cobertura: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono de la persona con cobertura:

Hogar (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### **INFORMACIÓN DEL PLAN DE SALUD**

Nombre de la HMO: \_\_\_\_\_ GlobalHealth, Inc. \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro de la persona con cobertura: \_\_\_\_\_

N.º de reclamo/referencia: \_\_\_\_\_

Dirección postal de la HMO: \_\_\_\_\_ PO Box 2393 \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Oklahoma City \_\_\_\_\_ Estado: OK Código postal: 73101-2393

N.º de teléfono de la HMO: (405) 280-xxxx or 1-877-280-xxxx

## **INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR**

Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono del empleador: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

¿El plan de beneficios para la salud que usted recibe por medio de su empleador es un plan autofinanciado? \_\_\_\_\_. Si no está seguro, consulte con su empleador. La mayoría de los planes autofinanciados no reúnen los requisitos para la revisión externa. Sin embargo, algunos planes autofinanciados pueden suministrar voluntariamente una revisión externa, pero pueden tener procedimientos diferentes. Debería consultar a su empleador.

## **INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE ATENCIÓN DE LA SALUD**

Médico/Proveedor a cargo de la atención de la salud: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Persona de contacto: \_\_\_\_\_ N.º de teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

N.º de historia clínica: \_\_\_\_\_

## **MOTIVO DE LA DENEGACIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO MÉDICO**

(Marque uno)\*

El tratamiento o servicio de atención de la salud no es necesario desde un punto de vista médico.

El tratamiento o servicio de atención de la salud es experimental o de investigación. También se necesitará incluir el formulario de Denegación por tratamiento o servicio experimental/de investigación y certificación del médico.

\*Puede describir en sus propias palabras el tratamiento o servicio de atención de la salud en disputa en las páginas adjuntas a continuación.

## **REVISIÓN ACELERADA**

Si necesita una decisión rápida, puede solicitar que su apelación externa se maneje de manera acelerada. Para completar esta solicitud, su proveedor a cargo de la atención de la salud debe completar el formulario adjunto en el que establezca que una demora pondría seriamente en peligro la vida o la salud del paciente o pondría en peligro la capacidad del paciente de recuperar su función máxima. ¿Es esta una solicitud de apelación acelerada?  Sí  No

## **FIRMA Y AUTORIZACIÓN PARA SUMINISTRAR HISTORIAS CLÍNICAS**

Para apelar contra la denegación de su compañía de seguro médico, debe firmar y fechar este formulario de solicitud de revisión externa y el consentimiento para suministrar historias clínicas.

Yo, \_\_\_\_\_, solicito por la presente una apelación externa. Doy fe de que la información suministrada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Autorizo a mi plan de salud y a mis proveedores de atención de la salud a suministrar todas las historias clínicas y de tratamiento relevantes a la organización de revisión independiente y al Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma). Entiendo que la organización de revisión independiente y el Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) usarán esta información para tomar una determinación sobre mi apelación externa y que la información permanecerá confidencial y no se divulgará con nadie más. Esta autorización es válida por un año.

\_\_\_\_\_  
Firma de la persona con cobertura (o representante legal)\*  
\*(Padre/madre, tutor, curador u otro: especificar)

\_\_\_\_\_  
Fecha