

Pennsylvania Insurance Department

**Solicitud para una revisión externa independiente de una determinación adversa
sobre beneficios**

Las solicitudes también pueden completarse en línea en:

www.insurance.pa.gov/externalreview

Información del miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Nombre del tutor legal del miembro (si corresponde): _____

Dirección del miembro (o tutor legal): _____

Número(s) de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Al marcar esta casilla, acepto recibir avisos por vía electrónica.

Información sobre el plan de seguro de salud

Nombre de la aseguradora: _____

Plan de seguro de salud: _____

Número NAIC de la aseguradora: _____

N.º de identificación (ID) de suscripción o miembro: _____

Número de reclamación/referencia del seguro: _____

Decisión sobre atención de salud objeto de disputa

Fecha de la decisión de la aseguradora: _____

Servicio rechazado: _____

¿Cree usted o su médico que se trató de una emergencia médica? Sí No

* Si la respuesta es sí, pídale a su proveedor que complete la certificación médica y la adjunte a la solicitud.

Si alguno de sus proveedores de atención de salud va a formar parte de esta revisión externa, complete la siguiente sección:

Nombre del proveedor de atención de salud: _____

Tipo de proveedor: Médico titulado Otro tipo (especifique): _____

Dirección postal del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

Pennsylvania Insurance Department

Describa la decisión de su aseguradora con sus propias palabras. Incluya toda la información que tenga sobre fechas, nombres de los proveedores de atención de salud y detalles sobre el servicio o servicios que se hayan rechazado. Explique por qué no está de acuerdo con la aseguradora. Adjunte páginas adicionales si lo necesita.

Representación del miembro

Rellene esta sección si va a tener a alguien que le represente en esta apelación

Puede pedir a un familiar, amigo, abogado u otra persona que le represente o actúe en su nombre. Usted o su representante pueden solicitar a su aseguradora toda la información que tenga sobre el servicio o servicios médicos a los que se refiere su revisión externa.

Enviar al miembro:

- Correspondencia
- Expedientes médicos y otros documentos

Enviar al representante:

- Correspondencia
- Expedientes médicos y otros documentos

Por la presente, autorizo a _____ a llevar a cabo esta revisión externa en mi nombre y no (por la presente autorización) para ningún otro fin.

Dirección del representante: _____

Número de teléfono principal del representante: _____

Número de teléfono secundario: _____

Correo electrónico: _____

Al marcar esta casilla, acepto que mi representante reciba avisos por vía electrónica.

Pennsylvania Insurance Department

Consentimiento para la divulgación y el intercambio de información

Por la presente, yo, _____, solicito una revisión externa de una determinación adversa sobre beneficios y autorizo al Departamento de Seguros de Pennsylvania a obtener copias de mis expedientes médicos y de toda la información necesaria para esta revisión. El Departamento tiene mi permiso para divulgar e intercambiar esta información con mi aseguradora de salud y una organización de revisión independiente certificada por el Departamento, y con cualquier proveedor de atención de salud o representante personal designado en este formulario de solicitud.

Además, aunque no dispongo de representante, quiero que el Departamento pueda divulgar e intercambiar toda la información relacionada con esta revisión con:

Firma del miembro o del tutor legal

Fecha

Instrucciones para presentar la solicitud

Las solicitudes para una revisión externa pueden completarse en línea en el siguiente enlace:

www.insurance.pa.gov/externalreview

Las solicitudes completadas y toda la información complementaria puede presentarse de la siguiente manera:

Por fax: 717-231-7960

Por correo electrónico: RA-IN-ExternalReview@pa.gov

**Por correo postal: Pennsylvania Insurance Department
Attn: Bureau of Health Coverage Access, Administration,
and Appeals
1311 Strawberry Square
Harrisburg, PA 17120**