

**Pennsylvania Insurance Department**  
**Certificación médica para la revisión acelerada**

Este formulario debe completarlo el médico de atención primaria solo cuando la persona cubierta tenga una condición en la que el plazo para completar una revisión interna acelerada (de 72 horas), una determinación adversa final sobre beneficios (de 15 a 30 días) o una revisión externa independiente estándar (de 20 a 45 días) pondría en grave peligro la vida o la salud de la persona cubierta o perjudicaría su capacidad para recuperar sus funciones plenas.

<b>Información del paciente</b>		
Apellido	Nombre	Inicial del 2.º nombre
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal

<b>Información del proveedor de atención de salud</b>		
Nombre	Especialidad	
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Persona de contacto	Teléfono	
Correo electrónico	Fax	

<b>Certificación</b>	
<p>Por la presente, certifico que, según mi criterio médico, el paciente arriba mencionado que recibió una determinación adversa para los servicios médicos que recomendé como médicamente necesarios, requiere que dicha revisión se efectúe de forma acelerada porque una demora pondría en grave peligro la vida o la salud del paciente o perjudicaría su capacidad para recuperar sus funciones plenas o, en el caso de una determinación adversa sobre beneficios fundamentada en que los servicios son experimentales o de investigación, el servicio o tratamiento de atención de salud recomendado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara de inmediato.</p>	
Firma del proveedor	Fecha

<b>Envíe el formulario completado y los documentos complementarios de la siguiente manera:</b>
Por correo electrónico: RA-IN-ExternalReview@pa.gov
Por fax: 717-231-7960
Por correo postal: Pennsylvania Insurance Department Attn: Bureau of Health Coverage Access, Administration, and Appeals 1311 Strawberry Square Harrisburg, PA 17120