



**Select
Health**

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

Formulario de solicitud de revisión externa

Este formulario debe presentarse a Select Health si se da uno de los siguientes casos.

- 1. Planes grupales autofinanciados:** Si recibe una revisión externa por necesidad médica o denegación experimental, debe presentar el formulario de solicitud de revisión externa en un plazo de **180 días** a partir de la recepción de la denegación de la apelación.
- 2. Planes en Colorado:** Si se recibe una revisión externa por necesidad médica o una denegación experimental/de investigación, debe presentar el formulario de solicitud de revisión externa en un plazo de **4 meses** a partir de la recepción de la denegación de la apelación.
- 3. Planes de Salud Cualificados (QHP) Individuales en Utah, Idaho, Nevada y Colorado:** Si se recibe una denegación de solicitud de excepción de medicamento fuera de la Lista de medicamentos recetados disponibles, deberá presentar el formulario de solicitud de revisión externa en un plazo de **180 días** a partir de la recepción de la denegación de la apelación. Este proceso se aplica a la cobertura de QHP obtenida a través de **HealthCare.gov** o un Mercado de seguros estatal, y a la cobertura de QHP obtenida directamente a través de Select Health.

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 _____

Domicilio _____

N.º de teléfono del suscriptor (_____) _____ Correo electrónico _____

Identificación del suscriptor _____ Número de apelación _____

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR

Nombre del proveedor de servicios/centro _____

Domicilio _____

Persona de contacto _____ N.º de teléfono (_____) _____

Número de historial médico (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 atención médica 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 de atención médica, nivel de atención o eficacia.
- ☐ Excepción de medicamento no incluido en la lista de medicamentos recetados disponibles o de terapia escalonada.
- ☐ 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 divulgue el historial médico.

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)

_____/_____/_____
Fecha

Padre, madre, tutor, curador u otro - Especifique

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 _____ a interponer una apelación en mi nombre.

Firma del suscriptor/miembro (o representante legal)

_____/_____/_____
Fecha

Padre, madre, tutor, curador u otro - Especifique

Domicilio del representante autorizado _____

N.º de teléfono (_____) _____ Correo electrónico: _____

CÓMO 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 proveedor de atención médica 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 and Grievances al **844-208-9012** los días hábiles, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

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

Attn: Departamento de Apelaciones y Quejas

P.O. Box 30192

Salt Lake City, UT 84130-0192

Fax: 801-442-0762

Correo electrónico: appeals@selecthealth.org



**Select
Health**

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

Certificación del proveedor de atención médica tratante para la consideración urgente de la revisión externa de un paciente

NOTA PARA EL PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA 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 médica 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 proveedor de atención médica 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 _____
N.º 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.

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____



**Select
Health**

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

Certificación médica para denegaciones experimentales/de investigación

A completar por el proveedor de servicios

Por la presente certifico que soy el proveedor de servicios de _____ 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 condición médica del miembro cumple ciertos requisitos.

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

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

Marque todo lo que corresponda:

- ☐ Los tratamientos o servicios de atención médica habituales no han sido eficaces para mejorar la condición médica del miembro;
- ☐ Los servicios o tratamientos de atención médica estándar no son médicamente apropiados para el miembro; o
- ☐ No existe ningún servicio o tratamiento de atención médica estándar disponible cubierto por la aseguradora que sea más beneficioso que el servicio o tratamiento de atención médica solicitado o recomendado.
- ☐ El servicio o tratamiento de atención médica 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 de atención médica estándar disponible.
- ☐ El servicio médico o tratamiento de atención médica recomendado sería significativamente menos eficaz si no se iniciara con prontitud.

Explique _____

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

Explique _____

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

Firma _____ Fecha _____ / _____ / _____

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 ከሆኑ፣ የቋንቋ ጽጋፍ አገልግሎቶች ያለክፍያ እስከስዎ ይገኛሉ። Select Health ን ያናግሩ።

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

تامدخ لكل رفوت تسف، ىبرع ثدحت تنك اذا ىوبنت
Select Health. ب لصتا. اناجم قىوغلل ادةعاسملا

تامدخ، دىنكىم تب حص ىنك دراوار نابزوب رگا ىوجوت
اب. تسامش راى تخا رد ناگىار تروصب، ىنابز كمك
Select Health دىرى گب سامت

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

Select Health: 1-800-538-5038