

## **INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE SUS DERECHOS DE UNA REVISIÓN EXTERNA**

### **¿Y SI NECESITO AYUDA?**

Comuníquese con el plan de bienestar al 787-268-0404, si necesita ayuda para entender este aviso.

### **¿Y SI NO ESTOY DE ACUERDO CON ESTA DECISIÓN?**

Usted tiene derecho a presentar una apelación externa e independiente de cualquier decisión de no proveerle o pagarle, en todo o en parte, por algún bien o servicio médico. Favor de comunicarse con el Plan de bienestar al 787-268-0404 con relación a cualquier pregunta que pueda tener sobre el proceso de apelación externa.

### **¿CÓMO RADICO UNA APELACIÓN?**

El plan ha optado por acogerse al proceso federal de revisión externa de reclamaciones a través de \_\_\_\_\_ Si luego de agotar los niveles de apelación interna, usted no está satisfecho con la determinación final, usted podrá solicitar una revisión externa de una organización de revisión externa (IRO por sus siglas en inglés).

Todas las solicitudes para revisiones internas deben someterse dentro de los 120 días siguientes a la fecha en que usted recibió la determinación adversa. Para solicitar una revisión externa, usted o su representante autorizado pueden llamar para solicitar la revisión externa al número: \_\_\_\_\_. Debe enviar este aviso de decisión adversa externa final de cubierta de beneficios y debe completar y enviar:

1. Keystone Peer Review Organization, Inc.  
777 East Park Drive  
Harrisburg, PA 17111  
215-855-4633
2. CoreVisory, Inc.  
44090 W. 12 Mile Rd.  
Novi, MI 48377  
866-477-1577

3. Physicians Review Organization, Inc.  
1305 Abbot Rd #100,  
East Lansing, MI 48823  
517-336-1442

### **¿Y SI MI SITUACIÓN ES URGENTE?**

Si su situación cumple con los requisitos establecidos en ley para considerarse urgente la revisión de su apelación se llevará a cabo de la manera más expedita posible. Generalmente, una situación es urgente cuando su salud puede estar en peligro o, si en la opinión de un médico, usted puede sentir algún tipo de dolor que no puede ser controlado adecuadamente mientras espera por una decisión de su apelación. Si usted considera que su situación es urgente, puede requerir que su apelación sea tramitada de manera expedita. (Info. De la comp).

### **¿QUIÉN PUEDE RADICAR UNA APELACIÓN?**

Usted o alguien debidamente autorizado por usted mediante un poder puede radicar una apelación externa. (Requerimiento de la comp.)

### **¿PUEDO PROVEER INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE MI RECLAMACIÓN?**

Si, una vez su revisión externa haya iniciado usted recibirá instrucciones de como someter información adicional.

### **¿PUEDO SOLICITAR COPIA DE INFORMACIÓN PERTINENTE A MI RECLAMACIÓN?**

Sí, usted puede solicitar copias libres de cargo al 787-268-0404.

### **¿QUE OCURRE AHORA?**

Si usted apela externamente, una organización independiente reevaluará la decisión del plan de bienestar y le proveerá a usted una determinación al respecto por escrito. Si la organización externa revoca la determinación del plan de bienestar, entonces le proveeremos cubierta o pago por el servicio o producto médico.

### **¿OTROS RECURSOS QUE LE SERVIRAN DE AYUDA?**

Para pregunta sobre sus derechos de apelación, este aviso o asistencia, puede comunicarse con la administración de seguridad de beneficios para empleados al 1-866-444-EBSA (3272).

## FORMULARIO DE APELACIÓN EXTERNA

Nombre de persona que radica la revisión externa: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Circule uno:

Socio

Dependiente Elegible

Representante autorizado

Información de contacto de la persona que llena la solicitud si es diferente a la del paciente

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Determinación o decisión específica del Plan con la que no está de acuerdo y está apelando (describa brevemente). : \_\_\_\_\_

---

---

---

Si la persona que presenta la apelación no es el paciente, el paciente debe firmar aquí autorizando y aceptando a la persona que tramita la apelación. La firma del participante o beneficiario implica aceptación de la persona que tramita la apelación a su nombre.

Nombre persona autorizada a tramitar la apelación: \_\_\_\_\_

Firma de autorización del participante o beneficiario: \_\_\_\_\_

Está solicitando una apelación urgente: Si No

Describa brevemente porque no está de acuerdo con esta decisión (si es necesario incluya documento adicional suplementario explicando en detalle). : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

Debe enviar este formulario a:

(INFORMACION DE LA COMP.)

Además debe enviar lo siguiente:

- A) Orden medica que contenga código del CPT o ICD-10. (si necesita este tipo de información puede solicitarla a su médico o proveedor de servicios).
- B) Recibo original de cualquier cantidad pagada que incluya el detalle del servicio recibido.
- C) Factura que le fueron enviada por el proveedor, cuándo así aplique, en la que figure el nombre y dirección de dicho proveedor.
- D) Cualquier evidencia o información clínica adicional o necesaria que evidencie la severidad de la condición, estudios previos realizados y la justificación médica para el servicio solicitado para así poner al plan en posición de tomar una decisión. (si necesita este tipo de información, puede solicitarla a su médico o proveedor de servicio).