



En la mayoría de los casos, debe completar la apelación interna obligatoria ofrecida por su plan médico o el emisor de seguro antes de que podamos comenzar una revisión externa. Adicionalmente, debemos recibir este formulario completado en un plazo de cuatro meses a partir de la fecha en que su plan o la aseguradora le envió una decisión final denegando sus servicios o su reclamación de pago.

Revisiones de necesidad médica

Cualquier denegación de un plan médico o emisor de seguro relacionada con la necesidad médica, adecuación, entorno de cuidado médico y el nivel de cuidado, eficacia de un beneficio cubierto, tratamiento experimental/investigativo y cualquier otro asunto que involucre juicio médico.

Revisiones de rescisión

Una decisión tomada por un plan médico o emisor de seguro para cancelar retroactivamente (volver a una fecha anterior) o interrumpir la cobertura de un titular de póliza.

Revisiones de la Ley sin sorpresas:

Denegaciones o decisiones del plan médico o emisor de seguro relacionadas con procesamiento de reclamaciones y emisiones de pago, tales como: (1) protecciones de costos compartidos para los pacientes para los servicios de emergencia; (2) protecciones de costos compartidos para el paciente relacionadas con cuidado provisto por proveedores no participantes en centros participantes; (3) si los pacientes están en una condición para recibir aviso y proveer consentimiento informado para renunciar a las protecciones de la Ley sin sorpresas; y (4) si una reclamación para cuidado recibida está codificada correctamente y refleja con precisión el (los) tratamiento(s) recibido(s) y cualquier costo compartido relacionado con el paciente.

Sección 1: Persona cubierta

Esta sección es sobre la persona que recibió o recibirá el beneficio o tratamiento.

Nombre:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección física:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono diurno:		Teléfono nocturno:	

Complete esta sección si es el padre o tutor legal de la persona cubierta

Nombre:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección física:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Código postal:
Teléfono diurno:		Teléfono nocturno:	

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-888-866-6205 de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. EST

Sección 4: Reclamaciones para atención de urgencia

Si cree que su situación es urgente, puede pedir una revisión acelerada (rápida).

Una situación de atención de urgencia es aquella en la que su salud puede estar en grave peligro o, en opinión de su médico, puede tener un dolor que no se puede controlar mientras espera la decisión de la revisión externa.

Para pedir una revisión externa acelerada:

Envíe por fax este formulario al 1-888-866-6190 O Envíe este formulario por correo a:

HHS Federal External Review Request, MAXIMUS Federal Services, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

En situaciones de atención de urgencia, MAXIMUS Federal Services aceptará una solicitud de revisión externa de un profesional médico que conozca la condición del reclamante. No se requerirá que el profesional médico presente prueba de autorización.

Si tiene preguntas sobre su revisión externa, llame al: **1-888-866-6205** o envíe un correo electrónico a ferp@maximus.com.

¿Es esta revisión externa para atención de urgencia? Sí No

Sección 5: Reclamaciones que involucran una rescisión de cobertura

Una **rescisión** es una acción de un emisor de seguro médico para cancelar retroactivamente (volver a una fecha anterior) o interrumpir la cobertura de un titular de póliza.

¿Es esta solicitud de revisión externa de una rescisión de cobertura del seguro médico? Sí No

Sección 6: Información adicional que usted puede dar

MAXIMUS Federal Services usará la información de este formulario para obtener la información y los documentos relevantes de su aseguradora. Puede agregar información y documentos de respaldo que piense que la aseguradora no pueda proporcionar.

Por ejemplo, puede elegir darnos:

- Documentos para respaldar la reclamación, como cartas de médicos, informes, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de Beneficios (EOB)
- Cartas que envió a su plan de seguro o emisor sobre la reclamación
- Cartas que el plan o emisor le envió sobre la reclamación

No es necesario que nos proporcione esta información adicional. Sin embargo, si no nos proporciona información adicional, MAXIMUS Federal Services puede decidir su caso basándose únicamente en la información que nos proporcione el emisor o su plan de seguro.

Puede proporcionar a MAXIMUS información adicional para su revisión externa enviándola con este formulario:

Envíe por fax al 1-888-866-6190 O envíe este formulario por correo a:

HHS Federal External Review Request, MAXIMUS Federal Services, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

Si tiene preguntas sobre su revisión externa, llame al **1-888-866-6205**.

¿Tiene preguntas?

Llame al **1-888-866-6205** de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. EST

Firme el formulario de consentimiento.

Firme y ponga la fecha al formulario.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en letra de imprenta: _____

Soy: la persona cubierta el padre o tutor legal el representante autorizado

NOTA: La persona cubierta debe firmar este formulario de consentimiento, a menos que tenga un tutor legal, un representante personal, esté incapacitado o tenga autoridad delegada para completar este formulario. Si la persona cubierta no puede firmar este formulario, el representante autorizado debe proporcionar prueba por escrito de su autoridad para firmar. Puede obtener el formulario de Representante autorizado en <https://externalappeal.com/ferportal/#/forms>.

Declaración de la Ley de privacidad: El siguiente sitio web proporciona un aviso de sus derechos en virtud de la Ley de privacidad e incluye información sobre cómo se usará la información de este formulario y sobre nuestra autoridad legal para recopilar esta información: <http://cciio.cms.gov/resources/other/index.html>.