



MAXIMUS Federal Services necesita la información en esta forma para revisar su reclamación médica. Nosotros no podríamos hacer la revisión sin esta información.

En la mayoría de los casos, usted tiene que completar cualesquier apeclaciones u oportunidades mandatorios para reconsideración ofrecidos por su plan de salud o aseguradora emisora antes de que podamos hacer una revisión externa. En situaciones urgentes, nosotros podríamos hacer una revisión aún si usted no ha hecho todas las apelaciones y reconsideraciones.

Nosotros debemos recibir la forma completa dentro de cuatro meses de la fecha en que su aseguradora le envió una decisión final negando sus servicios o su reclamación para pago.

Por favor lea y complete todas las secciones de esta forma.

Sección 1: Persona cubierta

Esta sección trata acerca de la persona que recibió i recibirá el beneficio o tratamiento.

Nombre:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección de casa:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Codigo postal:
Teléfono durante el día:		Teléfono durante la noche:	

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

Nombre:		Dirección de correo electrónico:	
Dirección de casa:			
Ciudad:	Condado:	Estado:	Codigo postal:
Teléfono durante el día:		Teléfono durante la noche:	

Preguntas?

Llame **1-888-866-6205** Lunes - Viernes 8:00 am-5:00 pm EST

Sección 2: Información de compañía aseguradora

Por favor complete esta sección para cada compañía aseguradora involucrada con su reclamación

Compañía aseguradora #1:	Plan de seguro u opción de plan (si aplicable):
Nombre asegurado:	Número de póliza:
Número de reclamación:	Número telefónico compañía aseguradora:

Por favor anexe una copia de la reclamación que fue negada o cualquier correspondencia que usted haya recibido por parte de su aseguradora. **Por favor no envíe originales. Envíe solo copias.**

Compañía aseguradora #2:	Plan de seguro u opción de plan (si aplicable):
Nombre asegurado:	Número de póliza:
Número de reclamación:	Número telefónico compañía aseguradora:

Por favor anexe una copia de la reclamación que fue negada o cualquier correspondencia que usted haya recibido por parte de su aseguradora. **Por favor no envíe originales. Envíe solo copias.**

Sección 3: Servicios en disputa

Por favor describa los servicios de salud que fueron negados por su plan de aseguradora de salud o emisor:

Ya ha recibido estos servicios de salud? Sí No

Si los recibió, cuando fueron recibidos los servicios? (Mes, día, año)

Por favor declare la razón por la que usted cree que la decisión de la compañía aseguradora no fue correcta:

Preguntas?

Llame **1-888-866-6205** Lunes - Viernes 8:00 am-5:00 pm EST

Sección 4: Reclamaciones para situaciones de atención urgente

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

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

Para solicitar una revisión externa acelerada:

Envíe este formulario 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.

En situaciones de atención urgente, MAXIMUS Federal Services aceptará una solicitud de revisión externa por parte de un profesional médico que conozca la condición del reclamante. El profesional médico no estará obligado a presentar prueba de autorización.

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

¿Es esta revisión externa para atención urgente? Sí No

Sección 5: Reclamos que implican la rescisión de la cobertura

Una **rescisión** es una acción de un emisor de seguro de salud para cancelar retroactivamente (volver a una fecha anterior) o discontinuar la cobertura de un asegurado.

¿Es esta solicitud de revisión externa de una rescisión de la cobertura del seguro de salud? Si No

Sección 6: Información adicional que puedes dar

MAXIMUS Federal Services utilizará la información en este formulario para obtener la información y documentos relevantes de su aseguradora. Puede agregar información y documentos de respaldo que cree que la aseguradora no puede proporcionar.

Por ejemplo, puede elegir darnos:

- Documentos para respaldar el reclamo, como cartas de médicos, informes, facturas, registros médicos y formularios de Explicación de beneficios (EOB)
- Cartas enviadas a su plan de seguro o emisor sobre el reclamo
- Cartas que el plan o emisor le enviaron sobre el reclamo

No tiene que darnos esta información adicional. Sin embargo, si no nos brinda información adicional, MAXIMUS Federal Services puede decidir su caso basándose únicamente en la información que nos brinda su emisor o plan de seguro.

Puede proporcionar información adicional de MAXIMUS para su revisión externa enviándola con este formulario: envíe un fax al 1-888-866-6190 O envíe este formulario por correo a:

Solicitud Federal de Revisión Externa de HHS, Servicios Federales MAXIMUS, 3750 Monroe Avenue, Suite 705, Pittsford, NY 14534.

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

Preguntas?

Llame **1-888-866-6205** Lunes - Viernes 8:00 am-5:00 pm EST

Firme el formulario de consentimiento.

Por favor, firme y feche el formulario.

Firme: _____ Fecha: _____

Nombre impreso: _____

Yo soy el: persona cubierta padre o tutor legal representante autorizado

NOTA: *La persona cubierta debe firmar este formulario de consentimiento, a menos que tengan un tutor legal, un representante personal, estén incapacitados o hayan delegado su autoridad para completar este formulario. Si la persona cubierta no puede firmar este formulario, el representante autorizado debe presentar prueba escrita de su autoridad para firmar. Puede escribir o llamar a MAXIMUS para obtener un formulario que permita la designación de un Representante autorizado.*

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 utilizará la información en este formulario y sobre nuestra autoridad legal para recopilar esta información: <http://ccio.cms.gov/resources/other/index.html>.*