



210 Park Ave., Suite 2800, Oklahoma City, OK 73102-5621

**CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO DENEGACIONES POR TRATAMIENTO O SERVICIO**

**EXPERIMENTAL/DE INVESTIGACIÓN**

**(Lo debe completar el médico a cargo del tratamiento)**

Por la presente, certifico que soy el médico a cargo del tratamiento de \_\_\_\_ (nombre de la persona con cobertura) y que he solicitado la autorización para un medicamento, dispositivo, procedimiento o tratamiento cuya cobertura fue denegada debido a que el plan de salud determinó que el tratamiento propuesto es experimental o de investigación. Entiendo que para que la persona con cobertura obtenga el derecho a una revisión externa de esta denegación, como médico a cargo del tratamiento debo certificar que la afección médica de la persona con cobertura cumple con determinados requisitos:

**En mi opinión médica como el médico a cargo del tratamiento del asegurado, por la presente certifico lo siguiente:**

**(Marque todas las opciones que correspondan).** (NOTA: Los siguientes requisitos del 1 al 3 deben aplicar todos para que la persona con cobertura califique para una revisión externa).

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| 1)<br><input type="checkbox"/> | La persona con cobertura tiene una afección terminal o una afección potencialmente mortal o una condición seriamente debilitante.  |
| 2)<br><input type="checkbox"/> | La persona con cobertura tiene una afección que se clasifica dentro de una de las siguientes opciones:   |
|                                | i. Los tratamientos o servicios de atención de la salud estándares no han sido eficaces para la mejora de la afección de la persona con cobertura.   |
|                                | ii. Los tratamientos o servicios de atención de la salud estándares no son médicamente adecuados para la persona con cobertura.  |
|                                | iii. No hay ningún tratamiento o servicio de atención de la salud estándar disponible cubierto por la compañía de seguro médico que sea más beneficioso que el tratamiento o servicio de atención de la salud solicitado o recomendado.  |
| 3)<br><input type="checkbox"/> | El tratamiento o servicio de atención de la salud que he recomendado y que ha sido denegado es, en mi opinión médica, probablemente más beneficioso para la persona con cobertura que cualquier tratamiento o servicio de atención de la salud estándar disponible.  |
| 4)<br><input type="checkbox"/> | El tratamiento o servicio de atención de la salud que he recomendado sería significativamente menos eficaz si no se inicia de inmediato.<br>Explique:  |
| 5)<br><input type="checkbox"/> | Es mi opinión médica en función de estudios científicamente válidos que usan protocolos aceptados que el tratamiento o servicio de atención de la salud que la persona con cobertura solicitó y que ha sido denegado es probablemente más beneficioso para la persona con cobertura que cualquier tratamiento o servicio de atención de la salud estándar disponible.<br><br>Explique: _____ |

