



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

## **CERTIFICACIÓN DEL PROVEEDOR A CARGO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD PARA CONSIDERACIÓN ACELERADA DE APELACIÓN DE REVISIÓN EXTERNA DE UN PACIENTE**

### **NOTA PARA EL PROVEEDOR A CARGO DE LA ATENCIÓN DE LA SALUD**

Los pacientes pueden solicitar una revisión externa cuando una compañía de seguro médico ha denegado un tratamiento o servicio de atención de la salud en función de una revisión de utilización que determinó que el tratamiento o servicio de atención de la salud solicitado no cumple con los requisitos de la compañía de seguro médico con respecto a la necesidad médica, la idoneidad, el ámbito de atención de la salud, el nivel de atención o la eficacia del tratamiento o servicio de atención de la salud que usted solicitó. El Oklahoma Insurance Department (Departamento de Seguros de Oklahoma) supervisa las apelaciones externas. El proceso de revisión externa estándar puede durar hasta 45 días desde la fecha en que nuestro departamento recibe la solicitud de revisión externa del paciente. La revisión externa acelerada está disponible solamente si el proveedor tratante de atención de la salud del paciente certifica que la adhesión al plazo para la revisión externa estándar pondría seriamente en peligro la vida o la salud de la persona con cobertura o pondría en peligro la capacidad de la persona con cobertura para recuperar su función máxima. Una revisión externa acelerada debe completarse, a más tardar, dentro de un plazo de 72 horas. **Este formulario tiene como objetivo suministrar la certificación necesaria para desencadenar la revisión acelerada.**

### **INFORMACIÓN GENERAL**

Nombre del proveedor a cargo de la atención de la salud: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

N.º de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ N.º de fax: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Licencia y área de especialidad clínica: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

N.º de miembro de GlobalHealth del paciente: \_\_\_\_\_

### **CERTIFICACIÓN**

Por la presente certifico que: soy un proveedor a cargo de la atención de la salud de \_\_\_\_\_ (de aquí en adelante denominado "el paciente"); que la adhesión al plazo para realizar una revisión externa estándar de la apelación del paciente, en mi opinión profesional, pondría seriamente en peligro la vida o la salud del paciente o pondría en peligro la capacidad del paciente de recuperar su función máxima; y que, por este motivo, la apelación del paciente contra la denegación por parte de la compañía de seguro médico del paciente con respecto al tratamiento o servicio de atención de la salud solicitado debería procesarse de forma acelerada.

\_\_\_\_\_  
Nombre del proveedor tratante de atención de la salud Fecha (escriba en letra imprenta)

\_\_\_\_\_  
Firma