

## SOLICITUD DE APELACIÓN EXTERNA DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Si usted es el paciente o la persona designada por el paciente, complete y envíe esta solicitud dentro de los 4 meses de la resolución final desfavorable del plan para los servicios médicos, o dentro de los 60 días si usted es un proveedor que apela en su propio nombre ante el Departamento de Servicios Financieros.

Enviar a: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany NY, 12210  
o por Fax al: (800) 332-2729. Para solicitar ayuda, comuníquese al (800) 400-8882 o envíe un correo electrónico a [externalappealquestions@dfs.ny.gov](mailto:externalappealquestions@dfs.ny.gov).

1. Nombre del solicitante:					
2. Nombre del paciente:					
	Fecha de Nacimiento:	Género: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> No especifica			
3. Dirección del paciente:		Calle:			
		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
4. Número de teléfono del paciente:		Principal: (    )		Secundario: (    )	
5. Correo electrónico del paciente:					
6. Plan de salud del paciente:		N.º de ID:			
7. Nombre del médico/de la persona que receta:					
8. Dirección del médico/de la persona que receta:		Calle:			
		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
9. Número de teléfono del médico/de la persona que receta:		(    )	Fax:	(    )	
10. Si el paciente cuenta con la cobertura del Plan de Atención Administrada de Medicaid (Medicaid Managed Care Plan), ¿solicitó el paciente una audiencia justa por medio de Medicaid o recibió una resolución de audiencia justa?			<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No sabe
<b>11. Para ser completado si el solicitante es la persona designada por el paciente</b>					
Complete esta sección sólo si una persona designada presenta esta apelación en nombre del paciente. Si el proveedor del paciente es la persona designada, complete la Sección 14 en vez de esta sección.					
Nombre de la persona designada:					
Vínculo con el paciente:					
Dirección:		Calle:			
		Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Número de teléfono:		(    )	Fax:	(    )	
Correo electrónico de la persona designada:					
<b>12. Motivo de rechazo del plan de salud</b> (marque solo una opción y <b>adjunte</b> una certificación del médico para todos los motivos de rechazo excepto para Servicios que no son médicamente necesarios):					
	<input type="checkbox"/> Servicios que no son médicamente necesarios	<input type="checkbox"/> Servicios que son experimentales o se encuentran en fase de investigación para un ensayo clínico			
	<input type="checkbox"/> Servicios que son experimentales o se encuentran en fase de investigación	<input type="checkbox"/> Servicios que son experimentales o se encuentran en fase de investigación para una enfermedad poco frecuente			
	<input type="checkbox"/> Servicios que no pertenecen a la red y el plan de salud propuso un servicio alternativo que sí pertenece a la red	<input type="checkbox"/> Derivación por fuera de la red			
	<input type="checkbox"/> Excepción del formulario (para la cobertura individual y de grupos pequeños, que no sea Medicaid o Child Health Plus)				

**13. Esta apelación puede ser acelerada.** Las decisiones aceleradas se emiten dentro de los plazos que se describen arriba, incluso si el paciente o su médico no proporcionan la información médica necesaria al representante de apelaciones externas.

Si es Acelerada (marque una opción):	<input type="checkbox"/> Apelación acelerada (72 horas). El rechazo se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, una estadía continuada o un servicio de atención médica por el cual el paciente recibió servicios de emergencia y permanece hospitalizado.
	<input type="checkbox"/> Apelación acelerada (72 horas). El plazo de 30 días pondrá en grave peligro la vida o la salud del paciente o su capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, o la demora ocasionará una amenaza inminente o grave para la salud del paciente, y el médico de este último completará la Certificación del Médico y la enviará al Departamento de Servicios Financieros.
	<input type="checkbox"/> Excepción del formulario acelerada (24 horas). El paciente sufre una afección médica que puede poner seriamente en riesgo su vida, salud o capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, o se está sometiendo a un tratamiento con un medicamento fuera de formulario, y el médico del paciente o la persona que receta completarán la Certificación del médico y la enviarán al Departamento de Servicios Financieros.

Si es estándar, marque una opción:	<input type="checkbox"/> Excepción del formulario estándar (72 horas)	<input type="checkbox"/> Apelación estándar para todas las demás apelaciones (30 días)
------------------------------------	---	--

**\*\*\* Si es acelerada, debe llamar al 888-990-3991 cuando se envía por fax la solicitud.\*\*\***

**14. Para ser completado si el solicitante es el proveedor del paciente**

Los proveedores de atención médica tienen derecho a solicitar una apelación externa de la resolución final desfavorable de tipo concurrente o retrospectiva. Esta sección debe ser completada por los proveedores que presentan una apelación en su propio nombre o en su carácter de persona designada por el paciente. Deberán adjuntarse el rechazo inicial y la resolución final desfavorable del primer nivel de apelación.

<input type="checkbox"/> Proveedor que solicita en su propio nombre	<input type="checkbox"/> Proveedor que solicita en carácter de persona designada en nombre del paciente		
Nombre del proveedor:			
Persona o empresa que representan al proveedor (si corresponde):			
Persona de contacto para correspondencia:			
Dirección para correspondencia:	Calle:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
Número de teléfono:	( )	Fax:	( )
Correo electrónico:			

Certifico que la información provista en esta solicitud es verídica y precisa a mi leal saber y entender. Acepto no exigir al paciente el reembolso del servicio en caso de que el representante de apelaciones externas ratifique un rechazo concurrente, excepto para cobrar un copago, coseguro o deducible. Si apelo un rechazo concurrente en mi propio nombre, y no como la persona designada por el paciente, acuerdo abonar la tarifa del representante de apelaciones externas en su totalidad si se ratifica el rechazo concurrente del plan de salud, o la mitad de dicha tarifa si se ratifica este rechazo del plan de salud de manera parcial. Acuerdo no iniciar ningún proceso legal contra el representante de apelaciones externas a fin de revisar su decisión; sin embargo, esto no limitará mi derecho a iniciar alguna acción contra dicho representante por los daños y perjuicios ocasionados a causa de su mala fe o negligencia grave, o alguna otra acción contra el plan de salud.

Firma del proveedor:	
----------------------	--

<b>15. Descripción y fechas del servicio:</b> (Adjunte toda información adicional que desee que sea considerada):	
<b>16. Elegibilidad para solicitar apelación externa</b> (marque una opción):	
	<input type="checkbox"/> Adjunta encontrará la resolución final desfavorable del plan de salud.
	<input type="checkbox"/> Adjunta encontrará la carta del plan de salud mediante la cual se renuncia a la apelación interna.
	<input type="checkbox"/> El paciente solicita una apelación interna acelerada en el mismo momento que solicita esta apelación externa.
	<input type="checkbox"/> El plan de salud no cumplió con los requisitos de apelación interna respecto de la apelación del paciente.
<b>17. Tarifa de apelación externa</b>	
Deberá adjuntar el cheque o giro postal que haya extendido al plan de salud en caso de que así lo requiera este último. Si la apelación se resuelve a su favor, se le reintegrará la tarifa.	
Marque una opción:	<input type="checkbox"/> Adjunto a la presente se encuentra el cheque o giro postal que he extendido al plan de salud.
	<input type="checkbox"/> La solicitud fue enviada por fax y la tarifa será enviada al Departamento dentro de los 3 días.
	<input type="checkbox"/> El paciente cuenta con la cobertura de Medicaid o Child Health Plus.
	<input type="checkbox"/> El paciente solicita una dispensa de pago por atravesar dificultades y proporcionará la documentación al plan de salud.
	<input type="checkbox"/> El plan de salud no cobra ninguna tarifa por la apelación externa o no se requiere el pago de ninguna tarifa.

**CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS CON MOTIVO DE LA APELACIÓN EXTERNA DEL ESTADO DE NUEVA YORK**

El paciente, la persona designada por este y su proveedor tienen derecho a solicitar una apelación externa de determinadas resoluciones desfavorables realizadas por los planes de salud.

Quando se presenta una apelación externa, resulta necesario el consentimiento respecto de la divulgación de los registros médicos, el cual deberá ser firmado y fechado por el paciente. El representante de apelaciones externas designado por el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York utilizará este consentimiento para obtener la información médica de los proveedores de atención médica y del plan de salud del paciente. El nombre y la dirección del representante de apelaciones externas se proporcionarán con la solicitud de información médica.

Autorizo a mi plan de salud y proveedores a divulgar al representante de apelaciones externas todos los registros médicos o de tratamientos relevantes que se relacionen con la apelación externa, incluso toda información relacionada con el VIH, tratamiento de salud mental o para el abuso de alcohol o sustancias. Comprendo que el representante de apelaciones externas utilizará esa información únicamente para tomar una decisión sobre la apelación y dicha información conservará su carácter confidencial y no será divulgada a ninguna otra persona. Esta divulgación es válida por un año. Puedo revocar mi consentimiento en todo momento, salvo en la medida en que se haya iniciado alguna acción sobre la base de dicho consentimiento. Para ello, debo ponerme en contacto por escrito con el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Nueva York. Entiendo que mi plan de salud no puede condicionar el tratamiento, la inscripción, la elegibilidad o el pago en base a si firmo este formulario o no. Reconozco que la decisión del representante de apelaciones externas es vinculante. Acuerdo no iniciar ningún proceso legal contra el representante de apelaciones externas a fin de revisar su decisión; sin embargo, esto no limitará mi derecho a iniciar alguna acción contra dicho representante por los daños y perjuicios ocasionados a causa de su mala fe o negligencia grave, o alguna otra acción contra mi plan de salud.

Si el paciente o la persona que este designe presenta esta solicitud, mediante la firma del Consentimiento del Paciente para la Divulgación de los Registros con motivo de la Apelación Externa del Estado de Nueva York, dicho paciente certifica que la información provista en esta solicitud es verídica y precisa a su leal saber y entender.

Se requiere la firma del paciente debajo. Si el paciente es menor de edad, el documento deberá ser firmado por su padre o tutor legal. Si el paciente ha fallecido, el documento deberá ser firmado por el apoderado o albacea de atención médica del paciente. Si está firmado por un tutor, abogado, apoderado de atención médica o albacea, deberá incluirse una copia del documento legal que lo respalde.

Firma:			
Nombre en letra de imprenta:			
Vínculo con el paciente, si corresponde:			
Nombre del paciente:		Edad:	
N.º de identificación del Plan de salud del paciente:			
Fecha: (requerida)			

## CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO RESPECTO DE LA APELACIÓN EXTERNA

El médico del paciente deberá completar esta certificación para solicitar una apelación externa por el rechazo de servicios por parte del plan de salud debido a que se consideran experimentales o en fase de investigación, relativos a ensayos clínicos o enfermedades poco frecuentes, no pertenecientes a la red, o para solicitar una apelación acelerada. La persona que receta al paciente también puede solicitar una apelación de excepción del formulario acelerada. Es posible que el Departamento de Servicios Financieros o el representante de apelaciones externas necesiten solicitarle información adicional, incluidos los registros médicos del paciente. Esta información debe proporcionarse de inmediato.

Enviar a: New York State Department of Financial Services, 99 Washington Avenue, Box 177, Albany, NY 12210  
o por Fax al: (800) 332-2729.

Tipo de revisión solicitada:	<input type="checkbox"/> Apelación estándar (30 días) o de medicamento fuera de formulario (72 horas)	<input type="checkbox"/> Apelación acelerada (72 horas) o de medicamento fuera de formulario (24 horas)
Si es Acelerada (marque una opción):	<input type="checkbox"/> Apelación acelerada (72 horas). El rechazo se refiere a una admisión, disponibilidad de atención, una estadía continuada o un servicio de atención médica por el cual el paciente recibió servicios de emergencia y permanece hospitalizado. <input type="checkbox"/> Apelación acelerada (72 horas). El plazo de 30 días pondrá seriamente en riesgo la vida del paciente, su salud o la capacidad para recuperar su máxima funcionalidad, o una demora implicará una amenaza inminente o seria para la salud del paciente. <input type="checkbox"/> Excepción del formulario acelerada (24 horas). El paciente sufre de una afección de salud que podría poner seriamente en riesgo su vida, salud o capacidad de recuperar su máxima funcionalidad, o se está sometiendo a un tratamiento con un medicamento fuera de formulario.	
Si es acelerada, complete ambas:	<input type="checkbox"/> Soy consciente de que es posible que el representante de apelaciones externas necesite ponerse en contacto conmigo durante días no laborables para solicitar información médica, incluso los registros médicos, y de que dicho representante tomará una decisión dentro de las 72 horas (o 24 horas para un medicamento fuera de formulario) de haber recibido esta solicitud de apelación acelerada, independientemente de si le proporciono o no los registros o la información médica.	
	Durante días inhábiles, es posible ponerse en contacto conmigo en: (        )	

- Para una **apelación acelerada**, el médico del paciente, o para un medicamento fuera de formulario, el médico del paciente o la persona que receta, debe completar la casilla a continuación y el punto **14. Usted deberá enviar toda la información al representante inmediatamente, a fin de que sea considerada.**
- En el caso de un rechazo por servicios **experimentales o en fase de investigación** (que no sean ensayos clínicos ni tratamientos por enfermedades poco frecuentes), el médico del paciente deberá completar los puntos **1 a 10 y 14.**
- En el caso de un rechazo por **ensayos clínicos**, el médico del paciente deberá completar los puntos **1 a 9, 11 y 14.**
- En el caso de un rechazo por **servicios que no pertenecen a la red** (el plan de salud ofrece un servicio alternativo dentro de la red que no es significativamente diferente del servicio que no pertenece a la red), el médico del paciente deberá completar los puntos **1 a 10 y 14.**
- En el caso de un rechazo por **derivación por fuera de la red** (el plan de salud no tiene un proveedor que pertenezca a la red con la capacitación y la experiencia apropiadas para cumplir con las necesidades de atención médica del paciente), el médico del paciente deberá completar los puntos **1 a 9, 13 y 14.**
- En el caso de un rechazo por **enfermedades poco frecuentes**, un médico, que no sea el médico tratante, deberá completar los puntos **1 a 9, 12 y 14.**

1. Nombre del médico (o persona que receta) que completa este formulario:			
A fin de apelar cualquier rechazo de servicios experimentales o en fase de investigación, ensayos clínicos, servicios no pertenecientes a la red o derivaciones por fuera de la red, el médico deberá contar con matrícula o certificación de la junta, o resultar elegible según esta última, y estar calificado para prestar sus servicios en el área de especialidad correspondiente para tratar al paciente. En el caso de una apelación por enfermedades raras, un médico debe cumplir con los requisitos anteriores, pero no puede ser el médico tratante del paciente.			
2. Dirección del médico (o de la persona que receta):	Calle:		
	Ciudad:	Estado:	Código postal:
3. Persona de contacto:			
4. Número de teléfono:	(    )	Fax:	(    )
5. Dirección de correo electrónico del médico (o de la persona que receta):			
6. Nombre del paciente:			
7. Dirección del paciente:			
8. Número de teléfono del paciente:			
9. Nombre y número de identificación del Plan de salud del paciente:			
<p><b>10. Rechazo por servicios experimentales o en fase de investigación o por servicios que no pertenecen a la red</b>  (Complete esta sección sólo en caso de tratarse de un rechazo de servicios experimentales, en fase de investigación o no pertenecientes a la red. NO complete este punto en caso de tratarse de un rechazo por participación en ensayos clínicos, enfermedad poco frecuente o derivación por fuera de la red).</p>			
<b>a. En el caso de un rechazo por servicios experimentales o en fase de investigación:</b>			
Como médico del paciente certifico que (seleccione una opción sin modificar):			
<b>O</b>	<input type="checkbox"/> Los procedimientos o servicios de salud estándar han sido ineficientes o serían médicamente inadecuados.		
	<input type="checkbox"/> No existe otro procedimiento o servicio de salud estándar más beneficioso que esté cubierto por el plan de salud.		
<b>Y</b>	<input type="checkbox"/> Recomendé un producto farmacéutico o servicio de salud que, en función de los <b>dos</b> documentos siguientes sobre pruebas médicas y científicas especificados en los <b>puntos c y d a continuación</b> , es probable que sea más beneficioso para el paciente que cualquier otro servicio de salud estándar cubierto.		
<b>b. En el caso de Rechazo por Servicios No Pertenecientes a la Red</b>			
<input type="checkbox"/> Como médico del paciente, certifico que el siguiente servicio de salud no perteneciente a la red (identifique el servicio):			
Es significativamente diferente del servicio de salud alternativo perteneciente a la red que recomienda el plan de salud y (en función de los <b>dos</b> documentos que se indican a continuación sobre pruebas médicas y científicas) es probable que sea más beneficioso en términos clínicos que el servicio de salud alternativo perteneciente a la red. Además, es probable que el riesgo desfavorable del servicio de salud solicitado no aumente significativamente en comparación con el servicio de salud alternativo perteneciente a la red.			

<b>c. Enumere los documentos justificativos y adjunte una copia de ellos:</b>					
Título del documento n.º 1:					
Nombre de la publicación:		Número de emisión:		Fecha:	
Título del documento n.º 2:					
Nombre de la publicación:		Número de emisión:		Fecha:	

<b>d. Documentos de respaldo</b>	
Las pruebas médicas y científicas enumeradas anteriormente cumplen con uno de los siguientes criterios (Tenga en cuenta que la bibliografía revisada por profesionales colegas no incluye publicaciones ni suplementos patrocinados en alguna medida significativa por una empresa de fabricación farmacéutica o fabricante de dispositivos médicos).	Marque los documentos que correspondan:
<input type="checkbox"/> Bibliografía médica revisada por colegas profesionales, incluso bibliografía relacionada con terapias revisada y aprobada por una junta de revisión institucional calificada, compendio biomédico y otra bibliografía médica que cumple con los criterios de la Biblioteca Nacional de Medicina del Instituto Nacional de Salud a los fines de su indexación en Index Medicus, Excerpta Medicus, Medline y la base de datos de MEDLARS Investigación de Evaluación Tecnológica de Servicios Médicos.	<input type="checkbox"/> Documento n.º 1 <input type="checkbox"/> Documento n.º 2
<input type="checkbox"/> Estudios científicos revisados por colegas profesionales publicados, o aceptados para su publicación, en revistas médicas que cumplen con los requisitos nacionalmente reconocidos para manuscritos científicos y que presentan la mayoría de los artículos publicados para su revisión por parte de expertos que no forman parte del personal de la editorial.	<input type="checkbox"/> Documento n.º 1 <input type="checkbox"/> Documento n.º 2
<input type="checkbox"/> Resúmenes revisados por colegas profesionales aceptados para su presentación en los principales encuentros de asociaciones médicas.	<input type="checkbox"/> Documento n.º 1 <input type="checkbox"/> Documento n.º 2
<input type="checkbox"/> Revistas médicas reconocidas por la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud, conforme al artículo 1861(t)(2), de la Ley Federal de Seguridad Social.	<input type="checkbox"/> Documento n.º 1 <input type="checkbox"/> Documento n.º 2
<input type="checkbox"/> El siguiente compendio de referencia estándar: (i) el Servicio de Información sobre Medicamentos del Formulario Aprobado de Hospitales Estadounidenses; (ii) el Compendio Biológico y de Medicamentos de la Red Nacional Integral contra el Cáncer; (iii) la Terapéutica Odontológica Aceptada de la Asociación Odontológica Estadounidense; (iv) Thomson Micromedex DrugDex; o (v) Farmacología Clínica de Elsevier Gold Standard; u otro compendio que identifique la Secretaría de Servicios Humanos y de Salud o los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; o que recomiende el artículo de revisión o el comentario de la editorial en alguna de las principales revistas profesionales revisadas por colegas profesionales.	<input type="checkbox"/> Documento n.º 1 <input type="checkbox"/> Documento n.º 2
<input type="checkbox"/> Descubrimientos, estudios o investigaciones llevadas a cabo por los organismos del gobierno federal o bajo su auspicio, y por institutos de investigación federal reconocidos a nivel nacional, incluso la Agencia Federal de Investigación y Política de Atención Médica, Institutos Nacionales de Salud, Instituto Nacional de Cáncer, Academia Nacional de Ciencias, Administración de Financiación de Atención Médica, Oficina de Evaluación Tecnológica del Congreso y cualquier otra junta nacional reconocida por los Institutos Nacionales de Salud a los fines de evaluar el valor médico de los servicios de salud.	<input type="checkbox"/> Documento n.º 1 <input type="checkbox"/> Documento n.º 2

### 11. Rechazo por ensayo clínico

<input type="checkbox"/>	Existe un ensayo clínico que es abierto y para el cual el paciente resulta elegible y ha sido aceptado o es probable que sea aceptado.
Aunque no es obligatorio, le recomendamos que adjunte los protocolos de ensayos clínicos y la información relacionada. El ensayo clínico deberá consistir en un plan de estudio revisado por colegas profesionales, el cual ha sido: (1) revisado y aprobado por una junta de revisión institucional calificada, y (2) aprobado por uno de los Institutos Nacionales de Salud (NIH, por sus siglas en inglés), un centro o grupo cooperativo de los NIH, la Administración de Medicamentos y Alimentos en la forma de una exención de nuevos medicamentos en fase de investigación, el Departamento Federal de Asuntos de Veteranos, alguna entidad de investigación calificada de tipo no gubernamental, tal como se la identifica en las pautas emitidas por los Institutos de NIH individuales a los fines de las subvenciones de respaldo a centros, o una junta de revisión institucional de un establecimiento que cuente con una garantía de proyectos múltiples aprobada por la Oficina de Protección ante Riesgos de Investigación de los Institutos Nacionales de Salud.	

**12. Rechazo por tratamiento de enfermedad poco frecuente**  
 Si la prestación del servicio requiere la aprobación de una Junta de Revisión Institucional, incluya o adjunte la aprobación.

<input type="checkbox"/>	Como médico, diferente al médico tratante del paciente, certifico que este último padece de una enfermedad o afección rara para la cual no existe ningún tratamiento estándar que sea probablemente más beneficioso en términos clínicos para dicho paciente que el servicio solicitado. Es probable que el servicio solicitado beneficie al paciente en el tratamiento de su enfermedad rara y que dicho beneficio sopesa el riesgo del servicio.
--------------------------	--

Tengo  No tengo una relación profesional o financiera pertinente con el proveedor del servicio (marque una opción).

Marque una opción:	<input type="checkbox"/> La enfermedad poco frecuente del paciente actualmente está sujeta o previamente estuvo sujeta a un estudio de investigación llevado a cabo por los Institutos Nacionales de la Red de Investigación Clínica de Enfermedades poco frecuentes de la Salud.
	<input type="checkbox"/> La enfermedad del paciente afecta a menos de 200,000 residentes de los Estados Unidos por año.

**13. Rechazo por derivación fuera de la red**

Como médico tratante del paciente, certifico que los proveedores de atención médica pertenecientes a la red recomendados por el plan de salud no tienen la capacitación y la experiencia apropiadas para cumplir con las necesidades particulares de atención médica del paciente. Recomiendo el proveedor fuera de la red que se indica a continuación, que tiene la capacitación y la experiencia apropiadas para cumplir con las necesidades particulares de atención médica del paciente y tiene la capacidad de proporcionar el servicio de salud solicitado.

Nombre del proveedor fuera de la red:	
Dirección del proveedor fuera de la red:	
Capacitación y experiencia del proveedor fuera de la red: (por ejemplo: certificación de la junta, años tratando la afección, cantidad de procedimientos realizados y resultados y otra información pertinente).	

**14. Firma del médico (o de la persona que receta):**

Certifico que la información indicada anteriormente es verídica y correcta. Comprendo que podría estar sujeto a la aplicación de medidas disciplinarias profesionales por haber efectuado declaraciones falsas.



Firma del médico (o de la persona que receta):		Fecha:	
Nombre del médico (o de la persona que receta): (Letra de imprenta clara):			