



## SUGERENCIAS ÚTILES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD DE APELACIÓN EXTERNA DEL ESTADO DE NUEVA YORK

Ciertas secciones de la solicitud de Apelaciones Externas pueden ser confusas. Vea a continuación para informarse más sobre qué se espera en esas secciones.

### SOLICITUD

- La **número 11** solo es obligatoria si el paciente ha designado a alguien que no es el proveedor para que actúe en su nombre.
- La **número 12** indica el motivo por el que el plan de salud denegó el servicio. Esta información se encuentra en la Determinación Adversa Definitiva (carta de denegación) del plan de salud.
- En cuanto a la **número 13**, es obligatorio completar el Tipo de Revisión si se solicita una apelación acelerada. Las Apelaciones Externas solo se pueden acelerar si la denegación recae en una de estas categorías. Si usted ya recibió los servicios, su apelación no se puede acelerar. Usted debe indicar también si es para una Excepción del Formulario Estándar o una Apelación Externa Estándar.
- La **número 14** es obligatoria si el proveedor presenta la solicitud en su nombre o en nombre del paciente.
- La **número 15** se debe usar para describir los servicios solicitados. Puede adjuntar un documento por separado con esta información.
- La **número 17** se relaciona con la tarifa que un plan de salud puede cobrar por la apelación externa. La determinación adversa definitiva indicará si el plan de salud cobra una tarifa.
- El Consentimiento del Paciente para la Divulgación de Registros para una Apelación Externa del estado de Nueva York se debe firmar por el paciente o su representante autorizado. Si el paciente es un menor, el documento se debe firmar por su padre/madre o tutor legal. Si el paciente falleció, el documento debe ser firmado por el apoderado de atención médica o albacea del paciente. Si lo firma un tutor, apoderado de atención médica o albacea, se debe incluir una copia del documento legal de respaldo.

### CERTIFICACIÓN DEL MÉDICO

- Para las apelaciones por denegación de servicios experimentales/de investigación y no pertenecientes a la red **de necesidad médica**, la primera sección es obligatoria si el médico tratante solicita una apelación acelerada debido a que el plazo estándar de 30 días pondría en peligro la vida, salud o capacidad de recuperar la máxima funcionalidad del paciente o la demora supondría una amenaza inminente o grave para la salud del paciente. El médico tratante también debe incluir un número de teléfono donde encontrarlo en las horas no laborales. Esto es importante porque el Agente de Apelaciones Externas debe tomar una determinación en un plazo de 72 horas a partir de la recepción. La decisión se debe emitir incluso en caso de que la información médica esté incompleta o no se hayan respondido las preguntas por no haber podido ponerse en contacto con el médico tratante.
- **Para las apelaciones de excepción del formulario**, la primera sección es obligatoria si el médico tratante o prescriptor solicita una apelación acelerada debido a que el paciente está sufriendo una afección médica que podría poner gravemente en peligro su vida, salud o capacidad para recuperar la

Para realizar consultas u obtener ayuda con una solicitud, visite [www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal](http://www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal), llame al (800) 400-8882 o envíe un correo electrónico a [externalappealquestions@dfs.ny.gov](mailto:externalappealquestions@dfs.ny.gov). Para enviar por fax una apelación acelerada, llame al (888) 990-3991.

máxima funcionalidad o está realizando un tratamiento con un medicamento que no está en el formulario. El médico tratante o prescriptor también debe incluir un número de teléfono donde encontrarlo en las horas no laborales. Esto es importante porque el Agente de Apelaciones Externas debe tomar una determinación en un plazo de 24 horas a partir de la recepción. La decisión se debe emitir incluso en caso de que la información médica esté incompleta o no se hayan respondido las preguntas por no haber podido ponerse en contacto con el médico tratante/prescriptor.

- La **número 10** es obligatoria para las denegaciones de servicios experimentales/de investigación y no pertenecientes a la red (donde el plan de salud ofrece un servicio alternativo perteneciente a la red que no es significativamente diferente al servicio no perteneciente a la red).
  - Las subsecciones a, c y d son obligatorias cuando se apela una denegación de servicio experimental/de investigación.
  - Las subsecciones b, c y son obligatorias para las denegaciones de servicios no pertenecientes a la red.
  - La subsección c debe incluir información sobre las pruebas médicas y científicas (bibliografía médica revisada por colegas) que respaldan el servicio solicitado para la afección del paciente. Se requieren dos artículos. Esta sección DEBE completarse en su totalidad, "Véase adjunto" no bastará. Los documentos aceptables que se pueden enviar se describen en la subsección d. No es obligatorio que los dos documentos sean de categorías diferentes.
- La **número 11** es obligatoria para coberturas en ensayos clínicos. Por favor, tenga en cuenta que la Ley de Atención Médica Asequible exige cobertura de los costos de rutina de los pacientes asociados con ensayos clínicos autorizados. Este requerimiento NO es aplicable para los planes de salud protegidos.
- La **número 12** es obligatoria en el caso de las denegaciones de servicios experimentales/de investigación para tratamientos de enfermedades poco frecuentes. El médico que firme la certificación para el tratamiento de una enfermedad poco frecuente no puede ser el médico tratante del paciente. Debe revelar cualquier relación con el médico tratante del paciente e indicar cuál definición de "enfermedad poco frecuente" corresponde a la afección del paciente.
- La **número 13** se debe completar para las denegaciones de derivaciones no pertenecientes a la red (el plan de salud no tiene un proveedor perteneciente a la red con la correspondiente formación y experiencia para cubrir las necesidades de atención médica del paciente). Se debe incluir el nombre y la dirección del proveedor no perteneciente a la red, así como también su formación y experiencia. El colega revisor usará la información provista cuando compare la formación del o los proveedores pertenecientes a la red con el proveedor no perteneciente a la red. Se debería proporcionar información como el currículum vitae del proveedor no perteneciente a la red, así como también su certificado de la Junta, número de años de experiencia en el tratamiento de la afección, número de veces que el proveedor no perteneciente a la red ha realizado el procedimiento solicitado y los resultados de dichos procedimientos, y cualquier otra información. Esta información se puede proporcionar con una hoja adjunta a la solicitud.
- La **número 14** se debe firmar por un médico. "Médico" se define en la Ley de Educación del estado de Nueva York como un MD o DO. No se aceptarán las certificaciones firmadas por cualquier otro proveedor. Para las apelaciones de excepción del formulario, la #14 se puede firmar por un médico o prescriptor.

Para realizar consultas u obtener ayuda con una solicitud, visite [www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal](http://www.dfs.ny.gov/ExternalAppeal), llame al (800) 400-8882 o envíe un correo electrónico a [externalappealquestions@dfs.ny.gov](mailto:externalappealquestions@dfs.ny.gov). Para enviar por fax una apelación acelerada, llame al (888) 990-3991.