



GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE SEGUROS DE SALUD DE PUERTO RICO

SOLICITUD DE AUDIENCIA ADMINISTRATIVA

Compañía (MCO):		Fecha de Solicitud:	
Nombre Beneficiario/ Promovente:		Número del Plan (MPI):	
Dirección Postal:			
Correo Electrónico:		Teléfono:	
Fecha Notificación Acción:		Fecha Decisión Apelación:	
Servicios en Apelación:			
Persona que Apela:	<input type="checkbox"/> Beneficiario <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicio <input type="checkbox"/> OPP <input type="checkbox"/> *Representante *Incluir Autorización		
Para acogerse a los beneficios de Ley 147-2019, indicar su edad (67 años o más, de aplicar): Edad: _____			
Si no es el Beneficiario, indique la siguiente información:			
Nombre: _____			
Dirección Postal: _____			
Correo Electrónico: _____ Teléfono: _____			
Para acogerse a los beneficios de Ley 147-2019, indicar su edad (67 años o más, de aplicar): Edad: _____			

Explique por qué está en desacuerdo con la denegación. ¿Cuáles son las razones para apelar? Indique las disposiciones legales aplicables, si se conocen. (Si necesita espacio adicional, puede someter papel aparte)

Si incluye documentación adicional con esta solicitud, especifique a continuación:

- Récorde Médicos Certificación Médica Resultados de Estudios Plan de Tratamiento
 Otros (especifique): _____

Firma de la persona que solicita

Fecha

Si usted es beneficiario e interesa que se le envíe información clínica de la evaluación de su caso, tiene que completar la siguiente autorización:

YO, _____ autorizo a la **Administración de Seguros de Salud** (ASES), a que, luego de la evaluación clínica que realiza el Área de Asuntos Clínicos de ASSES, aneje dicha evaluación a la Resolución del caso. Soy consciente de que la evaluación clínica podrá contener información de salud protegida por las leyes federales y estatales, y consciente de ello, autorizo a que la ASSES envíe copia de la misma, por correo ordinario y/o correo certificado a mi dirección de récord. Esta autorización tendrá vigencia indefinidamente, a menos de que se revoque por escrito; o hasta _____.

Firma de la persona que solicita

Fecha

PARA USO INTERNO DE ASSES

Nombre del empleado(a) de Servicio al Cliente que atiende el caso y lo refiere el caso a la Secretaría de Procedimientos Adjudicativos:

Fecha: _____ Tipo de Audiencia: Expedita Estándar Ley 147

Recibida dentro de 120 días de la fecha de la determinación de apelación (de aplicar): Sí No

Expediente Incluido: Sí No (Si no se incluye, especifique las fechas en que se solicitó e incluya la evidencia.