



GOBIERNO DE PUERTO RICO
Oficina del Comisionado de Seguros

ANEJO K
Forma: CSS-I-28-002

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE

Fecha \_\_\_\_\_

I. Información del Solicitante:

Nombre del Solicitante: \_\_\_\_\_

Dirección Postal: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Teléfono Residencial: \_\_\_\_\_ Teléfono Trabajo: \_\_\_\_\_

Teléfono Móvil: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

II. Información del Plan Médico

Organización de Seguros de Salud o Asegurador \_\_\_\_\_

Asegurado o suscriptor principal \_\_\_\_\_

Número de contrato \_\_\_\_\_ Grupo: \_\_\_\_\_

III. Tipo de Revisión Externa (favor seleccionar uno)

- Externa Ordinaria
Externa Acelerada
Por Tratamiento Experimental o Investigativo

IV. Tipo de Determinación:

- Adversa
Adversa Final
Rescisión de Cubierta

V. Objeto de la Revisión Externa: (Identifique el asegurador u Organización de Seguros de Salud)

Solicito que se revise la determinación tomada en la reclamación núm. \_\_\_\_\_ la cual fue denegada por la siguiente razón: \_\_\_\_\_

VI. Descripción de la controversia: (Sea conciso, limitándose al tipo de determinación indicad)

\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_
\_\_\_\_\_

VII. Autorización de contacto:

Autorizo a \_\_\_\_\_, (relación o parentesco) \_\_\_\_\_ con número de teléfono \_\_\_\_\_, a recibir información sobre mi solicitud.



CERTIFICO que la información arriba indicada es correcta, y que la descripción de la controversia plantea adecuadamente mi posición en torno a la determinación que deseo que se revise.

---

**Firma del Solicitante**

**Recordatorio al Solicitante:**

Como requisito para comenzar la revisión externa que usted nos solicita, es necesario que usted complemente, firme y presente las autorizaciones de uso y divulgación que aquí se anejan. De igual forma, usted tiene el derecho a presentar la documentación médica que estime necesaria para la evaluación de su solicitud. Esta solicitud, junto a las autorizaciones adjuntas, deberán ser presentadas ante \_\_\_\_\_, dentro del término de 120 días, contados desde la fecha de la notificación adversa a revisarse.