

*La Comunidad de Massachusetts
Comisión de Política Sanitaria
Oficina de Protección al Paciente
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
(800)436-7757 (teléfono)
(617)624-5046 (fax)*

SOLICITUD DE REVISIÓN INDEPENDIENTE EXTERNA DE RECLAMO SOBRE SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DE LA OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Si su compañía de seguro de salud se rehúsa a pagar un tratamiento que usted cree que necesita, puede solicitar en la Oficina de Protección al Paciente (OPP) que un experto médico externo revise la decisión de su compañía de seguros. Este proceso se denomina revisión externa. Si la condición médica del paciente es urgente, puede solicitar una revisión externa acelerada.

- **Revisión externa estándar** - Para obtener una revisión externa regular, deberá presentar un reclamo a su compañía de seguros donde solicite una revisión interna de la decisión. Si una vez completada esta revisión la respuesta aún es negativa, puede solicitar una revisión externa dentro de los cuatro meses desde que haya recibido una carta de “determinación adversa definitiva” de su compañía de seguros. Una determinación adversa definitiva es una carta de su aseguradora de salud en la que le informa que su reclamo ha sido denegado en base a las necesidades médicas, la adecuación del ámbito de la salud y el nivel de cuidado, o efectividad del tratamiento, y que ha agotado los recursos de apelación.

Pasos siguientes: Complete las páginas 2-11 de este formulario

Adjunte la carta de determinación adversa definitiva y otra documentación

Envíe el formulario y los documentos a la OPP (véase el listado en la página 2)

- **Revisión externa acelerada** - Si su profesional de la salud certifica que un retraso en su tratamiento constituiría una amenaza seria e inmediata a su salud, puede solicitar una revisión externa acelerada. Puede solicitarla dentro de los cuatro meses desde que haya recibido una carta de determinación adversa o de determinación adversa definitiva de su compañía de seguros. Si lo desea, puede presentar una solicitud de revisión externa acelerada y, al mismo tiempo, una solicitud interna acelerada a su compañía de seguros. Si presenta la solicitud de revisión interna acelerada y otra externa acelerada al mismo tiempo, no necesita una carta de determinación adversa definitiva, pero debe incluir la primera carta de denegación o la determinación adversa de su aseguradora.

Pasos siguientes: Complete las páginas 2-11 de este formulario

Solicite a su proveedor de cuidado de la salud que complete las páginas 12-14 de este formulario

Adjunte la determinación adversa o la determinación adversa definitiva y otros documentos

Envíe el formulario y los documentos a la OPP (véase el listado en la página 2)

- **Mantenimiento de la cobertura** - Si desea que su aseguradora médica pague su tratamiento mientras se revisa su caso, usted y su profesional de la salud deben solicitar el mantenimiento de la cobertura dentro de los dos días hábiles siguientes al día en que reciba la determinación adversa.

Página 1 de 14

Pasos siguientes: Complete la solicitud de revisión externa estándar o acelerada como se describe arriba

Complete la solicitud de mantenimiento de cobertura en la página 12

LISTA DE REVISIÓN EXTERNA - QUÉ ENVIAR Y ADÓNDE ENVIARLO

Por favor, asegúrese de completar todas las secciones que correspondan del formulario, e incluya **todo** lo siguiente. Las solicitudes de revisión externa incompletas no pueden ser procesadas. Por favor, incluya:

- Este formulario de solicitud completo (páginas 2-11 para la revisión externa estándar).
- Si usted está solicitando el **mantenimiento de la cobertura** y/o **una revisión externa acelerada**, los formularios completos de las páginas 12-14, donde corresponda.
- Una copia de la carta de determinación adversa definitiva o de denegación de su aseguradora médica (o la primera carta de determinación adversa definitiva si está solicitando una revisión externa acelerada y, al mismo tiempo, una revisión interna acelerada a su aseguradora).
- Una copia de su tarjeta de seguro y/o el número de identificación de su compañía de seguros y de su seguro.
- Cualquier registro médico, informes de su proveedor de cuidado de la salud u otra información que desee que la agencia de revisión independiente tenga en cuenta al revisar su caso (la agencia de revisión independiente solicitará registros del tratamiento objeto de la determinación adversa).
- Un cheque o giro postal por la suma de \$25 dirigido a la Comunidad de Massachusetts (a menos que solicite a la OPP que quede dispensado el pago de la tarifa en la página 11). Si envía la solicitud de revisión externa por fax, podrá enviar por correo el cheque o el giro postal a la OPP de forma separada.
- Envíe el formulario de solicitud completo y otros documentos a la OPP por fax o correo. Si usted está solicitando el mantenimiento de cobertura o una revisión externa acelerada, envíe su solicitud a la OPP por fax, y luego llame al 800-436-7757 para informar a la OPP que ha enviado la solicitud.

Fax: 617-624-5046

Correo: Oficina de Protección al Paciente
Comisión de Política Sanitaria
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109

¿Preguntas? Llame a la OPP al 800-436-7757

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del paciente:	
2. Dirección de correo:	
3. Teléfono:	
4. Fecha de nacimiento del paciente:	

INFORMACIÓN SOBRE SU PROFESIONAL DE LA SALUD

Nombre del proveedor de cuidado de la salud que ordenó el servicio que no se incluía en la cobertura: _____

Tipo de Profesional: Médico Otro (por favor especifique): _____

Dirección de correo del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIA MÉDICA

Si desea que la agencia de revisión externa considere los registros de su tratamiento anterior, por favor indique los proveedores que lo trataron y las fechas a continuación: Adjunte hojas adicionales si es necesario.

Nombre del proveedor: _____

Dirección de correo del proveedor: _____

Número de teléfono del proveedor: _____

Fechas del tratamiento: _____

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Complete esta sección sólo si otra persona lo representará en esta revisión. Puede representarse a sí mismo o puede solicitarle a otra persona, incluyendo a su proveedor de cuidado de la salud, que actúe como su representante personal. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Autorizo por la presente a _____ para que prosiga mi revisión externa en mi nombre.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

*Especifique si firma el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor, nótese que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella es usualmente un/a adulto/a y debe firmar. Los padres o cualquier otro familiar no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

Dirección del Representante Autorizado:

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____



La Comunidad de Massachusetts
Comisión de Política Sanitaria
Oficina de Protección al Paciente
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
(800)436-7757 (phone)
(617)624-5046 (fax)

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA Y DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) asignará de forma aleatoria su caso a una de las tres agencias contratadas para revisiones externas: Independent Medical Expert Consulting Services, Inc. (IMEDECS), Island Peer Review Organization (IPRO) o ProPeer Resources, Inc. (ProPeer). Este formulario autorizará la divulgación de registros médicos a la agencia que realizará la revisión. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento por escrito a la OPP. Sin embargo, la información divulgada con anterioridad en virtud de la autorización no se verá afectada por la revocación.

Yo, _____, solicito por la presente una revisión externa sobre la cuestión descrita en la página 3 de esta solicitud. Certifico que la información suministrada en esta solicitud es veraz y exacta a mi leal saber y entender.

Autorizo a mi HMO, aseguradora médica y/o profesionales de la salud a divulgar todos los registros médicos o de tratamiento relevantes a la cuestión descrita en esta solicitud de revisión externa dirigida a la agencia de revisión externa nombrada por la OPP para atender mi solicitud. Entiendo que la agencia de revisión externa revisará mis registros médicos para tomar una decisión y que sin mi autorización la agencia no podrá revisar mi solicitud.

Esta divulgación es válida por seis meses a partir de _____ (fecha de hoy).

De acuerdo a 958 CMR 3.416, ninguna agencia de revisión externa o revisor podrá, excepto cuando se lo autorice específicamente por medio de una divulgación apropiada firmada por un paciente o representante autorizado por ley, divulgar información médica o de tratamiento o cualquier otra información obtenida como parte de una revisión externa, con excepción a la OPP y a los casos en que se autorice lo contrario o la ley lo establezca. Entiendo que la agencia externa puede no estar cubierta por la “federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996” [Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996] (HIPAA) o la “state Fair Information Practices Act” [Ley estatal de Prácticas de Información Justas].

Entiendo que la OPP puede no estar cubierta por las leyes de privacidad federales, y que la OPP podrá compartir la información que se le otorgue. Note, sin embargo, que los registros médicos se encuentran exentos de divulgación de conformidad con la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26)(c)) y que la OPP no compartirá sus registros médicos con nadie sin su permiso por escrito a menos que la ley exija lo contrario.

 Firma del paciente o tutor legal*

 Fecha

*Especifique si firma el padre, tutor, custodio u otro: _____
Por favor, nótese que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella es usualmente un/a adulto/a y debe firmar. Los padres o cualquier otro familiar no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

PERMISO SOBRE INFORMACIÓN DE SALUD ESPECÍFICA

Por favor, escriba sus iniciales y firme debajo para autorizar la divulgación de cualquiera de la siguiente información:

____ Yo específicamente otorgo permiso, como lo exige M.G.L. c. 111, § 70F, a divulgar información de mis registros sobre las pruebas de anticuerpo y antígeno de VIH, y diagnóstico de VIH/SIDA o tratamiento de VIH/SIDA a la agencia de revisión externa.

____ Yo específicamente otorgo permiso, como lo exige M.G.L. c. 111, §70G, a divulgar información de mis registros sobre mi genética a la agencia de revisión externa.

____ Yo específicamente otorgo permiso para divulgar información de mis registros sobre tratamiento de alcohol o drogas a la agencia de revisión externa. Si se comparte esta información, entiendo que se incluirá una notificación específica requerida por 42 CFR, Part 2 que prohíba una nueva divulgación de dicha información confidencial.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

*Especifique si firma el padre, tutor, custodio u otro: _____
Por favor, nótese que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella es usualmente un/a adulto/a y debe firmar. Los padres o cualquier otro familiar no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

AUTORIZACIÓN PARA REMITIR EL CASO A OTRA AGENCIA ESTATAL

Con su permiso, la OPP podrá remitir este caso, incluyendo los registros médicos y la información médica divulgada a partir de esta autorización, a la División de Seguros de Massachusetts o a la Oficina del Fiscal General para mayor investigación y una posible acción contra la aseguradora.

Entiendo que otras agencias estatales pueden no estar cubiertas por las leyes de privacidad federales, y que éstas podrán compartir la información que se les otorgue. Note que los registros e información médicos se encuentran exentos de divulgación de conformidad con la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26)(c)).

Por favor, elija una de las siguientes opciones:

- SÍ, otorgo mi permiso a la OPP para remitir mi caso a la División de Seguros, la Oficina del Fiscal General u otra agencia estatal relevante.
- NO, no otorgo mi permiso a la OPP para remitir mi caso a otra agencia estatal.
- Llámeme en primer lugar para debatir la remisión de mi caso a otra agencia estatal. Entiendo que

necesitarán mi permiso por escrito para compartir información médica.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

*Especifique si firma el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor, nótese que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella es usualmente un/a adulto/a y debe firmar. Los padres o cualquier otro familiar no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.



La Comunidad de Massachusetts
Comisión de Política Sanitaria
Oficina de Protección al Paciente
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
(800)436-7757 (teléfono)
(617)624-5046 (fax)

Complete este formulario sólo si está solicitando una revisión de un reclamo de servicios médicos del comportamiento.
(incluye tratamiento de salud mental o de trastorno por consumo de sustancias)

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA Y DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) asignará su caso a una de las tres agencias de revisión externa: Independent Medical Expert Consulting Services, Inc. (IMEDECS), Island Peer Review Organization (IPRO) o ProPeer Resources, Inc. (ProPeer). Este formulario autorizará la divulgación de registros médicos a la agencia que realizará la revisión. Esta autorización podrá ser revocada en cualquier momento por escrito a la OPP. Sin embargo, la información divulgada con anterioridad en virtud de la autorización no se verá afectada por la revocación.

Yo, _____, solicito por la presente una revisión externa sobre la cuestión descrita en la página 3 de esta solicitud.

Autorizo a mi HMO, aseguradora médica y/o profesionales de la salud a divulgar todos los registros médicos o de tratamiento relevantes a la cuestión descrita en esta solicitud de revisión externa dirigida a la agencia de revisión externa nombrada por la OPP para atender mi solicitud. Entiendo que la agencia de revisión externa revisará mis registros médicos para tomar una decisión y que sin mi autorización la agencia no podrá revisar mi solicitud.

Esta divulgación es válida por seis meses a partir de _____ (fecha de hoy).

Entiendo que la agencia externa puede no estar cubierta por la “federal Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996” [Ley federal de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996] (HIPAA) o la “state Fair Information Practices Act” [Ley estatal de Prácticas de Información Justas]. Note que, de acuerdo a 958 CMR 3.416, ninguna agencia de revisión externa o revisor podrá, excepto cuando se lo autorice específicamente por medio de una divulgación apropiada firmada por un paciente o representante autorizado por ley, divulgar información médica o de tratamiento o cualquier otra información obtenida como parte de una revisión externa, con excepción a la OPP y a los casos en que se autorice lo contrario o la ley lo establezca.

Entiendo que la OPP puede no estar cubierta por las leyes de privacidad federales, y que la OPP podrá compartir la información que se le otorgue. Los registros e información médicos se encuentran exentos de divulgación de conformidad con la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26)(c)) y que la OPP no compartirá sus registros médicos con nadie sin su permiso por escrito o a menos que la ley exija lo contrario.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

*Especifique si firma el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor, nótese que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella es usualmente un/a adulto/a y debe firmar. Los padres o cualquier otro familiar no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

TARIFA DE REVISIÓN EXTERNA Y EXENCIÓN DE PAGO

El paciente que solicita una revisión externa es por lo general responsable de los primeros \$25 del costo de la revisión, y la compañía de seguros abonará la suma restante. En caso de que el resultado de la revisión externa resulte completamente a su favor, la Comunidad de Massachusetts le reintegrará el pago de \$25.

Libre un cheque o giro postal por la suma de \$25 a nombre de la Comunidad de Massachusetts, o solicite la exención del pago de la tarifa.

He adjuntado el cheque o giro postal por la suma de \$25.

Solicitud de exención: Solicito a la Oficina de Protección al Paciente se me exima de la tarifa de \$25 debido a que este pago causaría una extrema dificultad a mi situación financiera. Elija uno de los siguientes casilleros:

Mis ingresos son menores o iguales al 300% del nivel de pobreza federal (NPF) de acuerdo al gráfico que se encuentra debajo

Orientaciones 2015 - 300% NPF

Tamaño de la familia	Ingresos anuales	Ingresos mensuales	Ingresos semanales
1	\$ 35,310	\$2,943	\$ 679
2	\$ 47,790	\$3,983	\$ 919
3	\$ 60,270	\$5,023	\$1,159
4	\$ 72,750	\$6,063	\$1,399
5	\$ 85,230	\$7,103	\$1,639
6	\$ 97,710	\$8,143	\$1,879
7	\$110,190	\$9,183	\$2,119
8	\$122,670	\$10,223	\$2,359

Mis ingresos exceden las orientaciones, pero el pago de \$25 causaría una extrema dificultad a mi situación financiera ya que:

SOLICITUDES DE REVISIÓN ACELERADA

El paciente podrá solicitar una revisión externa acelerada en el caso de una amenaza seria e inmediata a su salud, o si ha recibido servicios de emergencia pero no ha sido dado de alta del establecimiento. Si está solicitando una revisión acelerada, por favor complete la solicitud entera (páginas 2-14).

Si ésta es una solicitud de Revisión Acelerada, por favor seleccione el casillero correspondiente (Elija uno):

La denegación de la cobertura de la compañía de seguros concierne una admisión, disponibilidad de cuidado, permanencia o un servicio de cuidado de la salud por la que el paciente recibió servicios de emergencia y se encuentra hospitalizado. *No se requiere una nueva acción.*

El proveedor de cuidado de la salud del paciente considera que un retraso en los servicios o tratamiento denegados por la compañía de seguro de salud constituiría una amenaza seria e inmediata a la salud del paciente. *DE SER ASÍ, un médico o proveedor de cuidado de la salud debe completar las páginas 13 y 14 tituladas "Certificación de Revisión Externa Acelerada".*

Envíe el formulario al proveedor de cuidado de la salud por: Correo Fax Email

Otro: _____

Nombre del proveedor de cuidado de la salud:	
Dirección:	
Teléfono:	

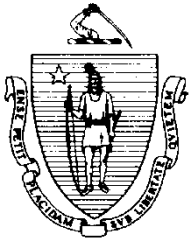
MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA SOLICITUD DE MANTENIMIENTO DE LA COBERTURA DURANTE LA REVISIÓN EXTERNA

Si el objeto de la revisión externa involucra la finalización de servicios en curso, el paciente podrá solicitar a la agencia de revisión externa que se mantenga la cobertura del seguro por el servicio interrumpido por el periodo de revisión en trámite. Esta solicitud deberá ser realizada antes del término del segundo día hábil siguiente a la recepción de la determinación adversa definitiva de la aseguradora (no se requiere una decisión adversa definitiva si está solicitando una revisión externa acelerada y, al mismo tiempo, una revisión interna acelerada del plan de salud). La agencia de revisión podrá ordenar el mantenimiento de la cobertura o el tratamiento cuando se determine que la interrupción de la cobertura o el tratamiento o cualquier otra causa justificada que la agencia especifique podría causar un daño sustancial en la salud del paciente. Dicho mantenimiento de la cobertura será a expensas de la aseguradora, sin perjuicio de la determinación de la revisión externa definitiva.

Estoy solicitando el mantenimiento de los servicios que fueron previamente autorizados por la aseguradora.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha



La Comunidad de Massachusetts
Comisión de Política Sanitaria
Oficina de Protección al Paciente
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
(800)436-7757 (teléfono)
(617)624-5046 (fax)

CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN EXTERNA ACELERADA

El paciente o el representante autorizado de mismo, si lo hay, podrá solicitar una revisión externa acelerada si el médico o proveedor de cuidado de la salud que ordenó los servicios certifica que un retraso en la provisión o el mantenimiento de los servicios de cuidado de la salud objeto de una determinación adversa constituirían una amenaza seria e inmediata a la salud del paciente.

En dicha circunstancia, el médico o proveedor de cuidado de la salud deberá completar este certificado y enviarlo por fax inmediatamente a la Oficina de Protección al Paciente al 617-624-5046 para que el paciente califique para una revisión externa acelerada de una determinación de necesidad médica. **Asimismo, el paciente deberá completar las páginas 2-12. La OPP no podrá considerar una solicitud de revisión externa hasta que no se reciba dicha solicitud entera.**

Nombre del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Número de identificación de miembro del Plan de Salud del paciente (si está disponible)

Nombre del médico/proveedor de cuidado de la salud que completa este formulario:

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

A partir de mi conocimiento de la condición médica del paciente, considero que es necesaria una decisión acelerada; cualquier retraso en el suministro del servicio de salud recomendado podría poner en grave riesgo la vida o la salud del solicitante o su capacidad para recuperar la función máxima, o sometería al paciente a dolores severos que no pueden ser controlados de forma adecuada sin un cuidado o tratamiento objeto de esta apelación.

_____ SÍ _____ NO

Continúa en la siguiente página

Si elige SÍ, explique la naturaleza de la amenaza seria e inmediata a la salud del paciente (adjunte documentos adicionales si es necesario):

Certifico que la información suministrada arriba es veraz y correcta. Entiendo que podría estar sujeto a una acción disciplinaria profesional por realizar declaraciones falsas.

Nombre del médico/Profesional de la salud

Firma

Fecha

Sello de la Oficina del médico/Profesional de la salud:

Envíe esta certificación completa por fax al 617-624-5046.

Las páginas 2-12 podrán ser enviadas por fax junto a esta certificación o de forma separada, pero la solicitud no podrá ser procesada si no está completa.

Si tiene preguntas, por favor visite nuestro sitio web www.mass.gov/hpc/opp o llame a la Oficina de Protección al Paciente al 800-436-7757.