



*The Commonwealth of Massachusetts
Health Policy Commission
Office of Patient Protection
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
(800)436-7757 (teléfono)
(617)624-5046 (fax)*

SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN EXTERNA E INDEPENDIENTE DE UNA RECLAMACIÓN DEL SEGURO MÉDICO A TRAVÉS DE LA OFICINA DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

En el caso que su compañía de seguro médico no llegará a pagar el tratamiento que usted considera necesitar, puede solicitarle a la Oficina de Protección al Paciente (OPP) que revise a través de un médico experto externo la decisión de su compañía de seguros. Este proceso se conoce como una revisión externa. Si la condición médica de un paciente es urgente, puede solicitar una revisión externa expedita (rápida).

- **Revisión Externa Estándar** - Para una revisión externa regular, usted primero debe presentar una reclamación ante su compañía de seguros, solicitando una revisión interna de la decisión. Si después de la revisión interna la respuesta sigue siendo negativa, usted puede solicitar una revisión externa dentro de los cuatro meses posteriores de haber recibido una carta de "determinación adversa definitiva" por parte de su compañía de seguros. Una determinación adversa definitiva es la carta con la cual su aseguradora de salud le informa que se está denegando su reclamación basándose en la necesidad médica, la adecuación de los cuidados de salud y el nivel de atención o la efectividad del tratamiento, y que ya ha agotado el proceso de apelaciones internas de la aseguradora.
Próximos pasos: Complete las páginas 2 al 8 de este formulario
Adjunte la carta de determinación adversa definitiva y otra documentación necesaria
Envíe el formulario y los documentos a la OPP (vea la lista de verificación en la página 2)
- **Revisión Externa Expedita** - Si su profesional de la salud certifica que una demora en el tratamiento representaría una amenaza grave e inmediata para su salud, puede solicitar una revisión externa expedita. Usted puede solicitar una revisión externa expedita dentro de los cuatro meses posteriores de haber recibido una determinación adversa o una carta de determinación adversa definitiva por parte de su compañía de seguros. Puede optar por presentar una solicitud de revisión externa expedita al mismo tiempo que solicita una revisión interna expedita de su compañía de seguros. Si presenta la solicitud de una revisión interna expedita y una revisión externa expedita al mismo tiempo, usted no necesita una carta de determinación adversa definitiva, pero incluya la primera carta de denegación o de determinación adversa de su compañía de seguros.
Próximos pasos: Complete las páginas 2 al 8 de este formulario

Pídale a su proveedor de servicios de salud que complete las páginas 9 al 11 de este formulario

Adjunte determinación adversa o determinación adversa definitiva y otros documentos

Envíe el formulario y los documentos a la OPP (vea la lista de verificación en la página 2)

- **Continuación de la Cobertura** - Si desea que su compañía de seguro médico pague por su tratamiento mientras se revisa su caso, usted y su profesional de salud pueden solicitar la continuación de la cobertura dentro de los dos días hábiles posteriores al día en que recibió la carta de determinación adversa.

Próximos pasos: Complete la solicitud de revisión externa expedita como se ha descrito arriba
Complete la solicitud de continuación de cobertura en la página 9

LISTA DE REVISIÓN EXTERNA - QUÉ ENVIAR Y DÓNDE ENVIARLO

Por favor asegúrese de completar todas las secciones correspondientes del formulario e incluya **todo** lo siguiente. Las solicitudes de revisión externa que se encuentren incompletas no podrán ser procesadas. Por favor incluya:

- Este formulario de solicitud completo (páginas 2-8 para revisión externa estándar).
- Si está solicitando **una revisión externa expedita con o sin continuación de cobertura**, los formularios completados en las páginas 9-11, según corresponda
- Una copia de la determinación adversa final o la carta de denegación de su aseguradora de salud (o la primera carta de determinación adversa si está presentando una solicitud de revisión externa expedita al mismo tiempo que está presentando una solicitud de revisión interna expedita con la aseguradora).
- Una copia de su tarjeta de seguro y/o de su compañía de seguros y el número de identificación de la aseguradora
- Cualquier registro médico, declaraciones de sus proveedores de servicios de salud u otra información que le gustaría que la agencia de revisión independiente considere al revisar su caso (la agencia de revisión independiente solicitará los registros del tratamiento que son objeto de la determinación adversa).
- Un cheque o giro postal por \$ 25 a nombre del Estado de Massachusetts (a menos que solicite a la OPP que le exonere el pago de la cuota en la página 8). Si envía por fax su solicitud de revisión externa, puede enviar por correo el cheque o giro postal a la OPP por separado.
- Envíe el formulario de solicitud completado y los otros documentos a la OPP por fax o por correo. Si está solicitando una **revisión externa expedita**, envíe su solicitud por fax a la OPP, y luego comuníquese al 800-436-7757 para informar a la OPP que envió la solicitud por fax.

Fax: 617-624-5046

Dirección: Office of Patient Protection
Health Policy Commission
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109

¿Preguntas? Comuníquese a la Oficina de Protección al Paciente al 800-436-7757

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del Paciente:	
2. Dirección de Correo (Por favor asegúrese de incluir la ciudad, el estado y el código postal):	
3. Teléfono y Correo Electrónico:	
4. Fecha de Nacimiento del Paciente:	

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE

5. Nombre del Titular de la Póliza:	
6. Número de Identificación del Seguro del Paciente:	
7. Nombre de la Compañía de Seguros Médicos:	
8. ¿Cómo obtuvo el paciente este seguro? Marque todas las que corresponda.	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Padres o Madre <input type="checkbox"/> Conector de Salud <input type="checkbox"/> Cónyuge o ex cónyuge <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Otro: _____
9. Persona de la compañía de seguros involucrada con su apelación (si se conoce):	

<p>10. Describa el desacuerdo con su plan de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es posible, indique los servicios por los cuales se denegó la cobertura • Adjunte páginas adicionales de ser necesario • Adjunte la carta de determinación adversa (la carta de denegación por parte de la compañía de seguros) • Adjunte cualquier información adicional de su plan de salud o de su proveedor de servicios de salud que desee que el revisor externo considere

INFORMACIÓN SOBRE SU PROVEEDOR DE SERVICIOS DE SALUD TRATANTE

Nombre del proveedor de servicios de salud que ordenó el servicio que no obtuvo cobertura:

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

Dirección de Correo del Proveedor:

Número Telefónico del Proveedor: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIA CLÍNICA

Si desea que la agencia de revisión externa considere los registros de su tratamiento anterior, por favor enumere los proveedores y las fechas aquí. Adjunte hojas adicionales de ser necesario.

Nombre del Proveedor: _____

Dirección de Correo del Proveedor:

Número Telefónico del Proveedor: _____

Fechas de tratamiento: _____

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Complete esta sección solo si alguien más lo representará en esta revisión. Usted puede representarse a sí mismo o le puede pedir a otra persona, incluido su proveedor de servicios de salud, que actúe como su representante personal. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Por la presente autorizo a _____ para iniciar mi revisión externa en mi nombre.

Firma del Paciente o Tutor Legal*

Fecha

* Especifique si es firmado por el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella generalmente ya es legalmente un adulto y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

Dirección de Representante Autorizado:

Número telefónico: _____ Número del Fax: _____



The Commonwealth of Massachusetts
Health Policy Commission
Office of Patient Protection

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA Y DIVULGACIÓN DE LOS REGISTROS MÉDICOS

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) le asignará aleatoriamente su caso a una de las cuatro agencias con las que tiene contratos para realizar una revisión externa: Servicios de Consultoría de Médicos Expertos Independientes, Inc. (IMEDECS), la Organización de Island Peer Review (IPRO), MAXIMUS Servicios Federales Inc. (MAXIMUS) o ProPeer Resources, Inc. (ProPeer). Este formulario autorizará la divulgación de registros médicos a la agencia que realizará la revisión. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento escribiendo a la OPP, pero la información que se haya divulgado previamente con relación a la autorización no se verá afectada por la revocación.

Yo, _____, por medio de la presente solicito una revisión externa del asunto descrito en la página 3 de esta solicitud. Certifico que la información proporcionada en esta aplicación es verdadera y precisa a mi leal saber y entender.

Autorizo a mi HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud), aseguradora de salud y/o proveedores de servicios de salud a divulgar todos los registros médicos o de tratamiento relevantes que se encuentren relacionados con el asunto descrito en esta solicitud para la revisión externa que realice la agencia de revisión externa nombrada por la OPP para revisar 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 los próximos seis meses a partir de _____ (fecha de hoy).

De acuerdo con el 958 CMR 3.416 (Registro Maestro de Reclamación), ninguna agencia de revisión externa o revisor deberá, excepto esté expresamente autorizado por un consentimiento debidamente firmado por un paciente o representante autorizado por la ley, divulgar información médica y de tratamiento u otra información obtenida como parte de una revisión externa, excepto a la OPP y según lo autorice o requiera la ley. Entiendo que la agencia externa puede no estar cubierta por el Acta de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) o el Acta de Prácticas Justas de Información del estado.

Entiendo que la OPP puede no estar cubierta por las leyes federales de privacidad, y que la OPP puede posteriormente compartir la información que se le proporcione. Sin embargo, tenga en cuenta que los registros médicos están exentos de divulgación según la ley de registros públicos de Massachusetts (MGL c. 4, § 7 (26)(c)), y que la OPP no compartirá sus registros médicos con nadie sin su autorización por escrito o a menos que lo requiera por la ley.

Firma del Paciente o Tutor Legal*

Fecha

* Especifique si es firmado por el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella generalmente ya es legalmente un adulto y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

CONSENTIMIENTO SOBRE INFORMACIÓN ESPECÍFICA DE SALUD

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

_____ Específicamente doy mi consentimiento, de conformidad con M.G.L. c. 111, § 70F, a la divulgación de la información que se encuentre en mi registro acerca de las pruebas de antígenos y anticuerpos del VIH, y el diagnóstico del VIH/SIDA o el tratamiento del VIH/SIDA, a la agencia de revisión externa.

_____ Específicamente doy mi consentimiento, de conformidad con M.G.L. c. 111, § 70F, la divulgación de la información que se encuentre en mi registro acerca de mi información genética a la agencia de revisión externa.

_____ Específicamente doy mi consentimiento a la divulgación de la información que se encuentre en mi registro acerca de tratamiento de alcohol o drogas a la agencia de revisión externa. Si se comparte esta información, entiendo que se incluirá un aviso específico requerido por el 42 CFR, Parte 2, que prohíbe la divulgación de esta información confidencial.

Firma del Paciente o Tutor Legal*

Fecha

* Especifique si es firmado por el padre, tutor, custodio u otro: _____
Por favor tenga en cuenta que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella generalmente ya es legalmente un adulto y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

AUTORIZACIÓN PARA REFERIR EL CASO A OTRA AGENCIA ESTATAL

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

Entiendo que otras agencias estatales pueden no estar cubiertas por las leyes federales de privacidad, y que pueden posteriormente compartir la información que se les proporcione. Tenga en cuenta que los registros médicos y la información médica están exentos de divulgación según la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7 (26) (c)).

Por favor, marque una de las siguientes opciones:

- SÍ, doy mi consentimiento a la OPP para remitir mi caso a la División de Seguros, la Oficina del Fiscal General u otra agencia estatal relevante.
- NO, no doy mi consentimiento a la OPP para que remita mi caso a otra agencia estatal.
- Por favor, comuníquese conmigo primero para hablar sobre la remisión de mi caso a otra agencia estatal. Entiendo que necesitaré mi consentimiento por escrito para compartir información médica.

Firma del Paciente o Tutor Legal*

Fecha

* Especifique si es firmado por el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella generalmente ya es legalmente un adulto y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.



The Commonwealth of Massachusetts
 Health Policy Commission
 Office of Patient Protection

Complete este formulario solo si está solicitando la revisión de una reclamación por servicios de salud del comportamiento (incluye tratamiento de salud mental o trastorno por abuso de sustancias)

SOLICITUD PARA REVISIÓN EXTERNA Y DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) asignará su caso a una de las cuatro agencias de revisión externas: Servicios de Consultoría de Médicos Expertos Independientes, Inc. (IMEDECS), la Organización de Island Peer Review (IPRO), MAXIMUS Servicios Federales Inc. (MAXIMUS) o ProPeer Resources, Inc. (ProPeer). Este formulario autorizará la divulgación de notas de psicoterapia a la agencia que realiza la revisión. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento al escribir la OPP, pero la información que se haya divulgado previamente con relación a la autorización no se verá afectada por la revocación.

Yo _____, por medio de la presente solicito una revisión externa del asunto descrito en la página 3 de esta solicitud.

Autorizo a mi HMO (Organización de Mantenimiento de la Salud), aseguradora de salud y/o proveedores de servicios de salud a divulgar todas las notas de psicoterapia relevantes que se encuentren relacionados con el asunto descrito en esta solicitud para la revisión externa que realizará la agencia de revisión externa nombrada por la OPP encargada de revisar 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 los próximos seis meses a partir de _____ (fecha de hoy).

Entiendo que la agencia externa puede no estar cubierta por el Acta de la Ley Federal de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) o el Acta de Prácticas Justas de Información del estado. Tenga en cuenta que de acuerdo con el 958 CMR 3.416 (Registro Maestro de Reclamación), ninguna agencia de revisión externa o revisor deberá, excepto esté expresamente autorizado por un consentimiento debidamente firmado por un paciente o representante autorizado por la ley, divulgar información médica y de tratamiento u otra información obtenida como parte de una revisión externa, excepto a la OPP y según lo autorice o requiera la ley.

Entiendo que la OPP puede no estar cubierta por las leyes federales de privacidad, y que la OPP puede posteriormente compartir la información que se le proporcione. Los registros médicos y la información están exentos de divulgación según la ley de registros públicos de Massachusetts (MGL c. 4, § 7 (26) (c)), y que la OPP no compartirá sus registros con nadie sin su autorización por escrito o a menos que sea requerido por la ley.

 Firma del Paciente o Tutor Legal*

 Fecha

* Especifique si es firmado por el padre, tutor, custodio u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: Si el paciente tiene 18 años o más, él o ella generalmente ya es legalmente un adulto y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

CUOTA POR REVISIÓN EXTERNA Y EXENCIÓN DE LA CUOTA

El paciente que busca una revisión externa generalmente es responsable de los primeros \$ 25 del costo de la revisión y la compañía de seguros paga el resto del dinero. Si la revisión externa se resuelve completamente a su favor, el Estado de Massachusetts le reembolsará su pago de \$ 25.

Adjunte un cheque o giro postal por \$ 25 a nombre del Estado de Massachusetts, o solicite una exención de esta cuota.

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

Solicitud de exención: Estoy solicitando a la Oficina de Protección al Paciente que se me exonere la cuota de \$ 25 porque el pago de esta cuota sería una dificultad financiera extrema para mí. Marque una de las casillas a continuación:

Mis ingresos son menores o igual al 300% del nivel federal de pobreza (FPL) según el cuadro a continuación

Pautas 2019 – 300% FPL (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)

Número de Integrantes de la Familia	Ingreso Anual	Ingreso Mensual	Ingreso Semanal
1	\$ 37,470	\$3,122	\$ 721
2	\$ 50,730	\$4,227	\$ 976
3	\$ 63,990	\$5,332	\$1,231
4	\$ 77,250	\$6,437	\$1,486
5	\$ 90,510	\$7,542	\$1,741
6	\$ 103,770	\$8,647	\$1,996
7	\$117,030	\$9,752	\$2,251
8	\$130,290	\$10,857	\$2,506

Mis ingresos exceden las pautas, pero el pago de los \$ 25 me causaría una dificultad financiera extrema puesto que:

SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN EXPEDITA

Un paciente puede solicitar una revisión externa expedita en el caso de que haya una amenaza grave e inminente para la salud del paciente o si el paciente ha recibido servicios de emergencia, pero no ha sido dado de alta del centro. Si está solicitando una revisión expedita, por favor siga las instrucciones dadas a continuación.

Si se trata de una solicitud de revisión expedita, por favor marque la casilla correspondiente (Marque solo una):

La negación de la cobertura del seguro médico hace referencia a una admisión, disponibilidad de atención, estadía continua o por el servicio de atención médica por el cual el paciente recibió los servicios de emergencia y permanece hospitalizado. *Por favor complete la página 9. No está obligado a completar las páginas 10 y 11.*

El proveedor de servicios de salud del paciente cree que el retraso en los servicios o el tratamiento denegado por la compañía de seguros médicos supondría una grave e inminente amenaza para la salud del paciente. **DE SER ASÍ, un médico o proveedor de servicios de salud debe completar las páginas 10 y 11, llamado "Certificación de revisión externa expedita".**

Envíe el formulario al proveedor de servicios de salud vía: Correo Fax Correo electrónico
 Otro: _____

Nombre del Proveedor de Servicios de Salud:	
Dirección:	
Teléfono:	

CONTINUACIÓN DE LA COBERTURA:

SOLICITUD PARA TENER COBERTURA CONTINÚA DURANTE LA REVISIÓN EXTERNA

Si el asunto de la revisión externa expedita implica la terminación de los servicios en curso, el paciente puede pedir a la agencia de revisión externa que solicite la continuación de la cobertura del seguro para el servicio ya prestado durante el período en que la revisión este pendiente. Cualquier solicitud de este tipo debe realizarse **antes del final del segundo día hábil** posterior a la recepción de la determinación adversa final por parte del asegurador (no se requiere una decisión adversa definitiva si usted está presentando una solicitud de revisión externa expedita al mismo tiempo que presenta una solicitud para una revisión interna expedita al plan de salud). La agencia de revisión puede ordenar la continuación de la cobertura o del tratamiento si determina que se puede producir un daño sustancial a la salud del paciente, si la cobertura o el tratamiento no continúa o por otra buena causa que la agencia de revisión determine. Cualquier continuación de la cobertura estará a cargo del asegurador, independientemente de la determinación final de la revisión externa.

Solicito la continuación de los servicios previamente autorizados por la aseguradora.

Firma del Paciente o Representante Autorizado

Fecha



The Commonwealth of Massachusetts

Health Policy Commission

Office of Patient Protection

50 Milk Street, 8th Floor

Boston, MA 02109

(800)436-7757 (teléfono)

(617)624-5046 (fax)

CERTIFICADO PARA LA REVISIÓN EXTERNA EXPEDITA

Un paciente o su representante autorizado, si lo hubiera, puede solicitar una revisión externa expedita si el médico o profesional de la salud quien ordenó los servicios certifica que una demora en la provisión o en la continuación de los servicios de salud los cuales son el asunto de una determinación adversa representan una grave e inminente amenaza para la salud del paciente.

En la circunstancia descrita anteriormente, el médico o proveedor de servicios de salud debe completar este certificado y enviarlo inmediatamente por fax a la Oficina de Protección al Paciente al 617-624-5046 con el fin que un paciente sea elegible para una revisión externa expedita de una determinación de necesidad médica. **El paciente también debe completar las páginas del 2 al 9. La OPP no puede considerar ninguna solicitud de revisión externa hasta que reciba la solicitud completa.**

Nombre del Paciente: _____

Número Telefónico del Paciente: _____

Número de Identificación del Plan de Salud del Paciente (si es posible): _____

Nombre del Médico/ Proveedor de Servicios de Salud que completa este formulario:

Dirección: _____

Persona de Contacto: _____

Número Telefónico: _____

Número del Fax: _____

Es mi opinión clínica, con conocimiento de la condición médica del paciente, que una decisión expedita es necesaria; cualquier demora en la prestación del servicio de salud recomendado podría poner en grave peligro la vida o la salud del reclamante o la capacidad del mismo para recuperar la función máxima o podría someter al paciente a un dolor intenso el cual no se podría manejar adecuadamente sin la atención o el tratamiento que es objeto de la apelación.

_____ SI _____ NO

Continua en la siguiente página

Si la respuesta es SÍ, explique la naturaleza de la grave e inminente amenaza para la salud del paciente (adjunte documentos adicionales de ser necesario):

Certifico que la información proporcionada anteriormente es verdadera y correcta. Entiendo que puedo ser objeto de una acción disciplinaria profesional por realizar declaraciones falsas.

Nombre del Médico/ Proveedor de Servicios de Salud

Firma

Fecha

Sello por parte del Médico/ Proveedor de Servicios de Salud:

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

Las páginas del 2 al 9 pueden enviarse por fax con esta certificación o pueden enviarse por separado, pero la solicitud expedita no se puede procesar sin una aplicación completa.

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