



The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

STUART H. ALTMAN
PRESIDENTE

(800) 436-7757 (TELÉFONO)
(617) 624-5046 (FAX)

DAVID M. SELTZ
DIRECTOR EJECUTIVO

SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN EXTERNA DE LA DECISIÓN DE APELACIÓN POR PARTE DE ACO O RBPO

Ciertos pacientes en Massachusetts reciben atención médica de proveedores que participan en la Organización de Atención Responsable (ACO) o a la Organización de Proveedores que Asumen Riesgos Financieros (RBPO). Una ACO o RBPO es un grupo de proveedores de servicios de salud que trabajan conjuntamente para coordinar la atención médica y establecen acuerdos financieros con las compañías de seguros para llevar a cabo el servicio. Según la ley de Massachusetts, como paciente de una ACO o RBPO, puede tener derecho para apelar una decisión realizada por su proveedor de servicios de salud relacionada con remisiones, acceso oportuno a la atención, limitaciones en el tipo o la intensidad de la atención y otras inquietudes. Este proceso no aplica a pacientes con cobertura por parte de Medicare, Medicare Advantage, Medicaid o cualquier plan de MassHealth.

Si usted presentó una apelación interna a su ACO o RBPO y fue denegada, usted puede solicitarle a la Oficina de Protección al Paciente (OPP) que le asigne un médico experto para que revise la decisión realizada por la ACO o RBPO. Este proceso se conoce como una revisión externa. Si su condición médica requiere atención médica urgente, puede solicitar una revisión externa expedita (rápida).

- **Revisión Externa Estándar** - Antes de una revisión externa, usted primero debe pedirle a su ACO o RBPO una apelación interna de la decisión. Si su apelación interna es denegada, puede solicitar una revisión externa dentro de los 30 días calendario posteriores de recibir una resolución escrita por parte de la ACO o RBPO. Una resolución escrita es una carta que incluye una justificación clínica que argumenta la decisión de denegar su apelación.

Próximos pasos: Complete las páginas 2 al 8 de este formulario
Adjunte la resolución escrita y otra documentación necesaria
Envíe el formulario y los documentos a la OPP (ver lista de verificación en la página 2)

- **Revisión Externa Expedita** - Si usted considera que existe una necesidad médica urgente, puede solicitar una revisión externa expedita. Usted puede solicitar una revisión externa expedita dentro de los 30 días calendario posteriores de haber recibido una carta con la resolución escrita por parte de su proveedor.

Próximos pasos: Complete las páginas 2 al 9 de este formulario
Adjunte la carta con la resolución escrita y otros documentos
Envíe el formulario y los documentos a la OPP (ver lista de verificación en la página 2)

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 considerarse admisibles. Por favor incluya:

- El formulario de solicitud completo (páginas 2-8 para revisión externa estándar).
- Si está solicitando una **revisión externa expedita**, complete también la página 8.
- Una copia de la carta con la resolución escrita por parte de su ACO/RBPO.
- Una copia de su tarjeta de seguro y/o de su compañía de seguros y el número de identificación de la aseguradora
- Cualquier información adicional que le gustaría que la agencia de revisión externa considere al revisar su caso (la ACO/RBPO le solicitará que le envíe a la agencia de revisión externa los registros que sean relevantes para la revisión).
- 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:	
4. Fecha de Nacimiento del Paciente:	

INFORMACIÓN SOBRE LA ACO/RBPO Y PROVEEDOR DEL PACIENTE

5. Nombre del ACO o RBPO:	
6. Nombre del proveedor de servicios de salud que denegó la remisión, el tratamiento o el servicio solicitado:	
7. Tipo of Proveedor:	<input type="checkbox"/> Proveedor de Atención Médica Primaria <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique): _____

8. Dirección del Proveedor (ubicación de la oficina donde solicitó la atención):	
9. Número Telefónico del Proveedor y/o Dirección de Correo Electrónico:	
<p>10. Describa el desacuerdo con su plan ACO/RBPO.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Si es posible, por favor, proporcione los detalles de la remisión, el tratamiento, o el servicio que fue denegado • Adjunte páginas adicionales de ser necesario • Adjunte la carta de la resolución escrita (la carta de denegación por parte de ACO/RBPO) • Adjunte cualquier información adicional de su plan de salud o de su proveedor de servicios de salud que desee que el revisor externo considere 	



The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

STUART H. ALTMAN
PRESIDENTE

(800) 436-7757 (TELÉFONO)
(617) 624-5046 (FAX)

DAVID M. SELTZ
DIRECTOR EJECUTIVO

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 mis 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 11.22 (Registro Maestro de Reclamación), ninguna agencia de revisión externa deberá 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 de revisión 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 de Massachusetts.

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 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, a 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 otra agencia gubernamental pertinente según sea apropiado.

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 otra agencia gubernamental pertinente.

NO, no doy mi consentimiento a la OPP para que remita mi caso a otra agencia gubernamental.

Por favor, comuníquese conmigo primero para hablar sobre la remisión de mi caso a otra agencia estatal. Entiendo que necesitará 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.

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 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.

Autorizo a mi ACO/RBPO a divulgar todas las notas de psicoterapia relevantes que se encuentren relacionadas 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 de revisión 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 11.22 (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.



The Commonwealth of Massachusetts
 HEALTH POLICY COMMISSION
 50 MILK STREET, 8TH FLOOR
 BOSTON, MASSACHUSETTS 02109

STUART H. ALTMAN
 PRESIDENTE

(800) 436-7757 (TELÉFONO)
 (617) 624-5046 (FAX)

DAVID M. SELTZ
 DIRECTOR EJECUTIVO

OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN EXPEDITA

Un paciente puede solicitar una revisión externa expedita en el caso que considere que hay una necesidad médica urgente. La agencia de revisión externa decidirá si existe una amenaza grave e inminente para la salud del paciente que requiera una revisión expedita. Si se expedita, la agencia de revisión externa emitirá una decisión final dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la asignación por parte de la Oficina de Protección del Paciente.

Estoy solicitando una revisión externa expedita debido a una necesidad médica urgente.

Si marcó la casilla anterior, por favor, explique la naturaleza de la necesidad médica urgente. Por favor, describa el riesgo que puede causar un daño grave al paciente (adjunte documentos adicionales de ser necesario):

Usted puede adjuntar registros médicos para ayudar a la Agencia de Revisión Externa a determinar si el paciente califica para una revisión externa expedita.

Adjunto registros médicos a este formulario.

Envíe por fax este formulario completado (Páginas del 2 al 8) al 617-624-5046.