



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

SOLICITUD PARA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE DE UNA APELACIÓN DE SEGURO DE SALUD A TRAVÉS DE LA OFICINA DE PROTECCIÓN DEL PACIENTE

Si su compañía de seguros de salud se niega a pagar el tratamiento que usted cree que necesita, podrá pedirle a la Oficina de Protección del Paciente (Office of Patient Protection, OPP) que un experto médico externo revise la decisión de su compañía de seguros. A este proceso se lo denomina revisión externa. Si la condición médica de un paciente es urgente, puede pedir una revisión acelerada (rápida).

- **Revisión externa estándar** - Para una revisión externa regular, primero debe presentar una queja a su compañía de seguros pidiendo una revisión interna de la decisión. Si luego de la revisión interna la respuesta sigue siendo negativa, puede pedir una revisión externa dentro de los cuatro (4) meses de haber recibido una carta de "determinación adversa definitiva" por parte de su compañía de seguros. Una determinación adversa definitiva es la carta de su asegurador de salud que le dice que su reclamo ha sido rechazado basándose en la necesidad médica, lo adecuado de las instalaciones para el cuidado de la salud y el nivel de atención, o la efectividad de los tratamientos, y en que usted ha agotado el proceso de apelación interno de la aseguradora.
Próximos pasos: Complete las páginas 2 a 8 de este formulario
Adjunte una carta de determinación adversa definitiva y otra documentación
Envíe el formulario y los documentos a la OPP (consulte la lista en la página 2)
- **Revisión externa acelerada** – Si su profesional del cuidado de la salud certifica que un retraso en el tratamiento podría poner su salud en peligro grave e inmediato, puede pedir una revisión externa acelerada. Puede pedir una revisión externa acelerada dentro de los cuatro meses de haber recibido la carta de determinación adversa definitiva por parte de su compañía de seguros. Puede elegir presentar una solicitud para una revisión externa acelerada al mismo tiempo que solicita una revisión interna acelerada a su compañía de seguro. Si presenta la solicitud para una revisión interna acelerada y para una revisión externa acelerada al mismo tiempo, no necesita una carta de determinación adversa definitiva, sino que debe incluir la carta de rechazo o de determinación adversa por parte de su compañía de seguro.
Próximos pasos: Complete las páginas 2 a 8 de este formulario
Pídale a su proveedor de cuidados de la salud que complete las páginas 9 a 11 de este formulario
Adjunte una carta de determinación adversa o una determinación adversa definitiva y otra documentación
Envíe el formulario y los documentos a la OPP (consulte la lista en la página 2)
- **Continuación de cobertura** – Si desea que su compañía de seguros pague su tratamiento mientras se revisa su caso, usted y su profesional del cuidado de la salud pueden solicitar una continuación de cobertura dentro de los dos días hábiles posteriores al día en el que recibió la determinación adversa.
Próximos pasos: Complete la solicitud de revisión estándar o acelerada como se explicó anteriormente
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 pertinentes del formulario, e incluya **cada uno** de los siguientes aspectos. Las solicitudes de revisión externa incompletas no pueden ser procesadas. Por favor incluya:

- Este formulario de solicitud completo (páginas 2-8 para revisión externa estándar).
- Si va a solicitar una **continuación de cobertura** y/o una **revisión externa acelerada**, los formularios completos de las páginas 9-11 cuando correspondan.
- Una copia de la determinación adversa definitiva o de la carta de rechazo de su aseguradora de salud (o la primera carta de determinación adversa si va a solicitar una revisión externa acelerada al mismo tiempo que solicita una revisión interna acelerada a la aseguradora).
- Una copia de su tarjeta de seguro de salud y/o su compañía de seguros y su número de identificación (ID) del seguro.
- Cualquier registro médico, declaraciones de sus proveedores de cuidados de la salud u otra información que le gustaría que la agencia de revisión independiente tenga en cuenta al examinar su caso (la agencia de revisión independiente solicitará los registros del tratamiento por el cual se recibió la determinación adversa).
- Un cheque o giro postal por \$25 a nombre de Commonwealth of Massachusetts (a menos que usted solicite que la OPP renuncie a los gastos (fee) de la página 8). Si envía su solicitud de revisión externa por fax, puede enviar por correo el cheque o el giro postal a la OPP por separado.
- Envíe el formulario de solicitud completo y otros documentos a la OPP por fax o correo. Si va a solicitar una **continuación de cobertura** o una **revisión externa acelerada**, envíe por fax su decisión a la OPP y luego llame al 800-436-7757 para informarle a la OPP que envió la solicitud por fax.

Fax: 617-624-5046

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

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

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre y apellido del paciente:	
2. Dirección postal:	
3. Teléfono:	
4. Fecha de nacimiento del paciente:	

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DE SEGURO DE SALUD DEL PACIENTE

5. Nombre y apellido del titular de la póliza:	
6. Número de identificación (ID) de seguro del paciente:	
7. Nombre de la compañía de seguros de salud:	
8. ¿Cómo obtuvo el paciente esta cobertura de seguro? Marque todo lo que corresponda.	<input type="checkbox"/> Empleador <input type="checkbox"/> Padres <input type="checkbox"/> Health Connector <input type="checkbox"/> Cónyuge o ex cónyuge <input type="checkbox"/> Compañía de seguro <input type="checkbox"/> Otro: _____
9. Persona de la compañía de seguros involucrada en su apelación (si se conoce):	

10. Describa el desacuerdo con su plan de salud. <ul style="list-style-type: none"> • Si es posible, indique los servicios por los cuales la cobertura fue rechazada • Adjunte páginas adicionales si es necesario • Adjunte la carta de determinación adversa (la carta de rechazo de la compañía de seguro) • Adjunte cualquier otra información de su plan de salud o proveedor de cuidados de salud que usted quiera que el encargado de realizar la revisión externa tenga en cuenta.

INFORMACIÓN SOBRE SU PROVEEDOR DE CUIDADOS DE SALUD

Nombre del proveedor de cuidados de salud que solicitó el servicio que no fue cubierto:

Tipo de proveedor: Médico Otro (especificar): _____

Dirección postal del proveedor:

Número de teléfono del proveedor: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL CLÍNICO

Si usted desea que la agencia de revisión externa tenga en cuenta los registros de sus tratamientos previos, por favor enumere el o los proveedores y las fechas aquí: Adjunte páginas adicionales de ser necesario.

Nombre del proveedor: _____

Dirección postal del proveedor:

Número de teléfono del proveedor: _____

Fechas del tratamiento: _____

FORMULARIO DE REPRESENTANTE AUTORIZADO

Complete esta sección únicamente si alguien lo representará en esta revisión. Puede representarse a sí mismo, o puede pedirle a otra persona, inclusive a su proveedor de cuidados de salud, que actúe como su representante personal. Puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

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

Firma del paciente (o representante legal)*

Fecha

*(Padre, tutor, curador, u otro – Por favor, especificar): _____

Por favor tenga en cuenta que si el paciente tiene 18 años de edad o más, se le considera por lo general como adulto legal y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

Dirección del representante autorizado:

Número de teléfono: _____ Número de fax: _____



The Commonwealth of Massachusetts
Health Policy Commission
Office of Patient Protection
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 del Paciente (Office of Patient Protection, OPP) asignará al azar su caso a una de las tres agencias con las que tiene contrato para que realicen la 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 puede ser revocada en cualquier momento escribiendo a OPP, sin embargo, la información que fue divulgada anteriormente conforme a la autorización no se verá afectada por dicha revocación.

Yo, _____, por la presente solicito una revisión externa del asunto descrito en la página 3 de esta solicitud. Doy fe de que la información que he provisto en esta solicitud es verdadera a mi saber y entender.

Autorizo a mi HMO, aseguradora de salud y/o proveedores del cuidado de la salud a que divulguen todos los registros médicos o de tratamiento relevantes que tengan relación con el asunto descrito en esta solicitud para que la agencia nombrada por la OPP lleve a cabo una revisión externa. Entiendo que la agencia de revisión externa revisará mis registros médicos para llegar a una decisión, y que sin mi autorización, la agencia no podrá revisar mi solicitud.

Esta divulgación es válida durante seis meses desde _____ (fecha actual).

De acuerdo a 958 CMR 3.416, ninguna agencia de revisión ni revisor podrá, excepto en caso de que sea específicamente autorizado a través de una divulgación apropiada firmada por un paciente o un representante autorizado por ley, divulgar información médica o de tratamiento u otra información que se obtuvo como parte de una revisión externa, a menos que sea a la OPP y según sea autorizado o exigido por la ley. Entiendo que la agencia externa puede no estar cubierta por la Ley Federal de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) o por la Ley Estatal de Prácticas de Información Justas.

Entiendo que la OPP puede no estar cubierta por las leyes federales de privacidad y que pudiera compartir la información que se le otorga. Nótese, sin embargo, que los registros médicos están exentos de divulgación de acuerdo a 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 tener su permiso escrito, a menos que la ley lo exija.

 Firma del paciente (o representante legal)*

 Fecha

*(Padre, tutor, curador, u otro – Por favor, especificar):
 Por favor tenga en cuenta que si el paciente tiene 18 años de edad o más, se lo considera por lo general como adulto legal y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

PERMISO DE DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD ESPECÍFICA

Por favor escriba sus iniciales y firme debajo para autorizar la divulgación de cualquiera de los siguientes puntos:

____Específicamente doy permiso, como se exige en M.G.L. c. 111, § 70F, a que se divulgue información de mi registro sobre pruebas de detección de antígenos y anticuerpos del VIH SIDA, y diagnóstico del VIH SIDA o tratamiento del VIH SIDA, a una agencia de revisión externa.

____Específicamente doy permiso, como se exige en M.G.L. c. 111, §70G, a que se divulgue información de mi registro sobre información genética a una agencia de revisión externa.

____Específicamente doy permiso a que se divulgue información de mis registros sobre tratamiento del alcoholismo o la drogadicción a una agencia de revisión externa. Si se comparte esta información, entiendo que, como se exige en 42 CFR Parte 2, se incluirá una notificación específica que prohíbe que se vuelva a divulgar esta información confidencial.

Firma del paciente (o representante legal)*

Fecha

*(Padre, tutor, curador, u otro – Por favor, especificar): _____

Por favor tenga en cuenta que si el paciente tiene 18 años de edad o más, se le considera por lo general como adulto legal y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

AUTORIZACIÓN PARA DERIVAR EL CASO A OTRA AGENCIA ESTATAL

Con su permiso, la OPP puede derivar este caso, inclusive los registros médicos e información médica divulgada por esta autorización, a la División de Seguros de Massachusetts o a la Oficina del Fiscal General para realizar una investigación adicional y tomar posibles medidas contra la aseguradora.

Entiendo que las otras agencias estatales pueden no estar cubiertas por las leyes federales de privacidad, y que es posible que puedan compartir la información que se les otorgue. (Nótese, sin embargo, que los registros médicos y la información médica están exentos de divulgación de acuerdo a la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26) (c)).

Por favor marque uno de los siguientes:

- SÍ, doy mi permiso para que la OPP derive mi caso a la División de Seguros, a la Oficina del Fiscal General o a otra agencia estatal pertinente.
- NO, no doy mi permiso para que la OPP derive mi caso a otra agencia estatal.
- Comuníquense conmigo primero para analizar la derivación de mi caso a otra agencia estatal. Entiendo que necesitarán mi permiso escrito para poder compartir mi información médica.

Firma del paciente (o representante legal)*

Fecha

*(Padre, tutor, curador, u otro – Por favor, especificar): _____

Por favor tenga en cuenta que si el paciente tiene 18 años de edad o más, se le considera por lo general como adulto legal 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
50 Milk Street, 8th Floor
Boston, MA 02109
(800)436-7757 (phone)
(617)624-5046 (fax)

Complete este formulario únicamente si solicitará una revisión de un reclamo por el comportamiento de los servicios de salud (incluye salud mental o tratamiento para el trastorno del consumo de sustancias)

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA Y DIVULGACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA

La Oficina de Protección del Paciente (Office of Patient Protection, 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 notas de psicoterapia a la agencia que llevará a cabo la revisión. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento escribiendo a la OPP, sin embargo, la información que fue divulgada anteriormente conforme a la autorización no se verá afectada por dicha revocación.

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

Autorizo a mi HMO, aseguradora de salud y/o proveedores del cuidado de la salud a que divulguen todas las notas de psicoterapia relevantes que tengan relación con el asunto descrito en esta solicitud para que la agencia nombrada por la OPP realice una revisión externa. 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 durante seis meses desde _____ (fecha actual).

Entiendo que la agencia de revisión externa puede no estar cubierta por la Ley Federal de Transferencia y Responsabilidad del Seguro de Salud de 1996 (HIPAA, en inglés) o por la Ley Estatal de Prácticas de Información Justas. Nótese que de acuerdo a 958 CMR 3.416, ninguna agencia de revisión ni revisor podrá, excepto en caso de que sea específicamente autorizado a través de una divulgación apropiada firmada por un paciente o un representante autorizado por ley, divulgar información médica o de tratamiento u otra información que se obtuvo como parte de una revisión externa, a menos que sea a la OPP y como sea autorizado o exigido por la ley.

Entiendo que la OPP puede no estar cubierta por las leyes federales de privacidad, y que es posible que pueda compartir información que se le otorga. (Nótese, sin embargo, que los registros médicos y la información médica están exentos de divulgación de acuerdo a la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26) (c)), y que la OPP no compartirá sus registros con nadie sin tener permiso escrito, a menos que lo exija la ley.

Fecha: _____

Firma del paciente (o representante legal)*

*(Padre, tutor, curador, u otro – Por favor, especificar): _____

Por favor tenga en cuenta que si el paciente tiene 18 años de edad o más, se le considera por lo general como adulto legal y debe firmar. Los padres u otros miembros de la familia no pueden autorizar la divulgación de los registros de otro adulto.

GASTOS DE REVISIÓN EXTERNA Y EXENCIÓN/DISPENSA DE PAGO

El paciente que solicita una revisión externa por lo general es responsable de los primeros \$25 del costo de la revisión y la compañía de seguros paga el resto. Si la revisión externa se resuelve en su totalidad a su favor, el Estado de Massachusetts le reembolsará su pago de \$25.

Adjunte un cheque o giro postal por \$25 a nombre de "Commonwealth de Massachusetts", o solicite una exención/dispensa de pago.

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

Solicitud de exención de pago: Solicito que la Oficina de Protección del Paciente dispense el gasto de \$25 ya que el pago de dicha tarifa me produciría una carga financiera extrema. Marque uno de los casilleros debajo:

Mi ingreso es menor o igual al 300 % del nivel de pobreza federal (federal poverty level, FPL) de acuerdo con el siguiente cuadro.

Parámetros 2015 - 300 % de FPL

Integrantes de la familia	Ingreso anual	Ingreso mensual	Ingreso semanal
1	\$ 35310	\$2943	\$ 679
2	\$ 47790	\$3983	\$ 919
3	\$ 60270	\$5023	\$1159
4	\$ 72750	\$6063	\$1399
5	\$ 85230	\$7103	\$1639
6	\$ 97710	\$8143	\$1879
7	\$110090	\$9183	\$2119
8	\$122670	\$10223	\$2359

Mi ingreso excede los montos de los parámetros pero el pago de \$25 me provocaría una carga financiera extrema porque:

SOLICITUD DE REVISIÓN ACELERADA

Un paciente puede solicitar una revisión externa acelerada en el caso de una amenaza grave e inmediata a la salud de dicho paciente. La solicitud de revisión externa acelerada debe contener una certificación, por escrito, de parte de su médico o proveedor del cuidado de la salud que aclare que el retraso en proveer o continuar con los servicios del cuidado de la salud sería una amenaza grave e inmediata para la salud del paciente. Si solicita una revisión acelerada, por favor complete la solicitud en su totalidad (páginas 2-11).

Si esta es una solicitud de revisión externa, un médico o proveedor del cuidado de la salud debe completar las páginas 10 y 11 llamadas "Certificación de Revisión Externa Acelerada". Usted debe proveerle el formulario a su médico o proveedor del cuidado de la salud para que envíe por fax el formulario completo a la Oficina de Protección del Paciente.

Envíe el formulario a mi médico o proveedor del cuidado de la salud. Por favor marcar uno:

Por correo Por fax Otro (especificar) _____

No envíe el formulario a mi médico/proveedor del cuidado de la salud. (Por favor explicar):

Nombre del
proveedor:

Dirección:

Teléfono:

CONTINUACIÓN DE COBERTURA:

SOLICITUD PARA OBTENER LA CONTINUACIÓN DE COBERTURA DURANTE LA REVISIÓN EXTERNA

Si el asunto de la revisión externa incluye la cancelación de los servicios en curso, el paciente puede solicitar a la agencia de revisión externa que busque cubrir el servicio cancelado con un seguro continuado durante el período en el que se lleve a cabo la revisión. Dicha solicitud debe ser realizada antes de finalizado el segundo día hábil posterior a haber recibido la determinación adversa definitiva por parte de la aseguradora (no se requiere una decisión adversa definitiva si usted está solicitando una revisión externa acelerada al mismo tiempo que solicita una revisión interna acelerada al plan de salud). La agencia de revisión puede ordenar la continuación de cobertura o tratamiento si determina que la salud del paciente puede sufrir un daño sustancial si no se continúa con la cobertura o el tratamiento o si existiese alguna otra buena razón determinada por la agencia. Dicha continuación de cobertura estará a cargo de la aseguradora sin importar la determinación de la revisión externa final.

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

Firma del paciente o representante legal

Fecha



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

CERTIFICACIÓN DE REVISIÓN EXTERNA ACELERADA

Un paciente o el representante legal del paciente, si corresponde, puede solicitar una revisión externa acelerada si el médico o proveedor del cuidado de la salud que ordenó los servicios certifica que el retraso en la provisión o continuación de los servicios del cuidado de la salud, motivos de la determinación adversa, sería una amenaza grave e inmediata a la salud del paciente.

El médico o proveedor del cuidado de la salud debe completar este certificado e inmediatamente enviarlo por fax a la Oficina de Protección del Paciente al 617-624-5046 para que el paciente sea elegible para recibir una revisión externa acelerada de una determinación de necesidad médica. **El paciente también debe completar las páginas 2-9. La OPP no puede tener en cuenta ninguna solicitud de revisión externa hasta recibir toda la solicitud.**

Nombre del paciente: _____

Número de teléfono del paciente: _____

Número de identificación del plan de salud del paciente (si corresponde): _____

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

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Se necesita una decisión acelerada ya que una demora en la provisión del servicio de salud recomendado sería una amenaza grave e inmediata para la salud del paciente.

_____ SÍ _____ NO

Continúa en la página siguiente

En caso afirmativo, explique la naturaleza de la amenaza seria e inmediata para la salud del paciente (adjunte documentos adicionales de ser necesario):

Certifico que la información anterior es verdadera y fiel. Entiendo que se me puede aplicar una acción disciplinaria si realizo declaraciones falsas.

Nombre del médico/proveedor del cuidado de la salud

Firma

Fecha

Sello del médico/proveedor del cuidado de la salud:

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

Las páginas 2-9 pueden ser enviadas por fax junto con esta certificación o de manera separada pero la solicitud no podrá ser procesada sin haber recibido la solicitud completa.

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