



The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109
(617) 979-1400

DEBORAH DEVAUX
CHAIR

OFFICE OF PATIENT PROTECTION

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

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

SOLICITUD DE UNA REVISIÓN EXTERNA DE LA DECISIÓN SOBRE UNA APELACIÓN PRESENTADA A UNA ACO O RBPO

Ciertos pacientes en Massachusetts reciben su atención médica de proveedores que participan en una Organización de Atención Responsable (ACO por sus siglas en inglés) o en una Organización de Proveedores que Asumen un Riesgo (RBPO por sus siglas en inglés). Una ACO o RBPO es un grupo de proveedores de atención médica que colaboran conjuntamente para coordinar la atención médica y firmar acuerdos financieros con las compañías de seguros para hacerlo. Bajo las leyes de Massachusetts, como paciente de una ACO o RBPO, usted podría tener derecho a apelar una decisión tomada por su proveedor de atención médica 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 cubiertos por Medicare, Medicare Advantage, Medicaid, o cualquier plan de MassHealth.

Si usted le presentó una apelación interna a su ACO o RBPO y fue negada, es posible que pueda solicitarle a la Oficina de Protección al Paciente (OPP por sus siglas en inglés) que asigne a un experto médico independiente para revisar la decisión de la ACO o RBPO. A esto se le llama una revisión externa. Si su padecimiento necesita atención médica urgente, usted puede solicitar una revisión externa acelerada (rápida).

- **Revisión Externa Estándar** – Antes de una revisión externa, debe pedirle primero a su ACO o RBPO una apelación interna de la decisión. Si su apelación interna es negada, puede solicitar una revisión externa durante los 30 días calendario después de haber recibido una carta de resolución escrita de la ACO o RBPO. Una resolución escrita es una carta que contiene la justificación clínica de la decisión para negarle la apelación.

Siguientes pasos: Complete las páginas 2-7 de este formulario o el formulario disponible en línea en:

<https://masshpc.gov/opp/external-review-rbpo-aco#Forms>

Adjunte la carta de la resolución escrita y la otra documentación

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

- **Revisión Externa Acelerada** – Si usted cree que hay una atención médica urgente, puede solicitar una revisión externa acelerada. Usted puede solicitar una revisión externa acelerada durante los 30 días calendario después de haber recibido una carta de resolución escrita de su proveedor.

Siguientes pasos: Complete las páginas 2-8 de este formulario o el formulario disponible en línea en:

<https://masshpc.gov/opp/external-review-rbpo-aco#Forms>

Adjunte la carta de la resolución escrita y otros documentos

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

LISTA DE LA REVISIÓN EXTERNA – QUÉ ENVIAR Y A DÓNDE ENVIAR

Si desea presentar su solicitud electrónicamente, sírvase utilizar nuestro formulario en línea con envío seguro de documentos en: <https://masshpc.gov/opp/external-review-rbpo-aco#Forms>

Asegúrese completar todas las secciones pertinentes del formulario e incluya **todo** lo siguiente. Las solicitudes de revisión externa incompletas no pueden considerarse elegibles. Por favor incluya:

- El formulario de solicitud completado (las páginas 2-7 son para la revisión externa estándar).
- Si está solicitando una **revisión externa acelerada**, también complete la página 8.
- Una copia de la carta de resolución escrita de su ACO/RBPO.
- Una copia de su tarjeta del seguro y/o de su compañía de seguros y el no. de identificación del seguro
- Cualquier otra información que le gustaría que la agencia de revisión externa considerara al revisar su caso (se le pedirá a la ACO/RBPO mandar los expedientes pertinentes a la revisión a la agencia de revisión externa).
- Envíe el formulario de solicitud completado y los otros documentos a la OPP por fax, correo postal o el formulario en línea. Si está solicitando una **revisión externa acelerada**, envíe su solicitud por fax a la OPP, luego llame al 800-436-7757 para decirle a la OPP que mandó la solicitud por fax. La OPP **no** recomienda enviar este formulario o cualquier información médica personal por correo electrónico ya que las comunicaciones mandadas por correo electrónico no son seguras.

Fax: 617-624-5046

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

Correo electrónico: HPC-OPP@state.ma.us

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

DATOS DEL PACIENTE

1. Nombre del paciente:	
2. Dirección postal:	
3. Teléfono:	
4. Correo electrónico:	
5. Fecha de nacimiento del paciente:	

INFORMACIÓN SOBRE LA ACO/RBPO Y EL PROVEEDOR DEL PACIENTE

6. Nombre de la ACO u RBPO:	
7. Nombre del proveedor de atención médica que negó la remisión solicitada, el tratamiento o servicio:	
8. Tipo de proveedor:	<input type="checkbox"/> Proveedor de cuidados primarios <input type="checkbox"/> Otro (por favor especifique):
9. Dirección del proveedor (ubicación del consultorio al cual acudió para su atención):	
10. Teléfono y correo electrónico del proveedor:	

11. Describa el desacuerdo con su ACO/RBPO. <ul style="list-style-type: none">• De ser posible, proporcione detalles sobre la remisión, el tratamiento o servicio negado• Adjunte páginas adicionales en caso necesario• Adjunte la carta de resolución escrita (la carta de denegación definitiva de la ACO/RBPO)• Adjunte toda otra información de sus proveedores de atención médica que quiere que el revisor externo considere

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO

Si está presentando expedientes médicos o clínicos de otro proveedor o centro que no estaba previamente en la lista, enumere al proveedor o los proveedores y las fechas del servicio aquí. Adjunte hojas adicionales en caso necesario.

Nombre del proveedor: _____

Dirección postal del proveedor: _____

Teléfono del proveedor: _____

Fecha(s) del tratamiento o servicio: _____

INFORMACIÓN SOBRE LA COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE

Nombre del titular de la póliza:	
Número de ID del seguro del paciente:	
Nombre de la aseguradora médica:	
¿Cómo obtuvo el paciente este seguro? (Marque todo lo pertinente.)	<input type="checkbox"/> Empleado <input type="checkbox"/> Padre/Madre <input type="checkbox"/> Conector de salud <input type="checkbox"/> Cónyuge actual o anterior <input type="checkbox"/> Compañía de seguros <input type="checkbox"/> Otro:

FORMULARIO DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO

Llene esta sección solo si será representado por otra persona en esta revisión.

Usted puede representarse a sí mismo o pedirle a otra persona, incluso a su proveedor de atención médica, que actúe como su representante personal. Usted puede revocar esta autorización por escrito en cualquier momento.

Por la presente, autorizo a _____ que prosiga mi revisión externa en mi nombre.

Firma del paciente o tutor legal * _____
Fecha

* Especifique si firma un padre, tutor, curador u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: si el paciente tiene 18 años o más, es generalmente un adulto legal y debe firmar. Los padres u otros familiares no pueden autorizar la liberación de los expedientes de otro adulto.

Dirección del representante autorizado: _____

Teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____



The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

50 MILK STREET, 8TH FLOOR
BOSTON, MASSACHUSETTS 02109
(617) 979-1400

DEBORAH DEVAUX
CHAIR

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

OFFICE OF PATIENT PROTECTION

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

SOLICITUD DE LA REVISIÓN EXTERNA Y LIBERACIÓN DE EXPEDIENTES MÉDICOS

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) asignará su caso aleatoriamente a una de las cuatro agencias con las cuales tiene contratos para la revisión externa: Independent Medical Expert Consulting Services, Inc. (IMEDECS), la Island Peer Review Organization (IPRO), MAXIMUS Federal Services Inc. (MAXIMUS), o ProPeer Resources, Inc. (ProPeer). Este formulario autorizará la liberación de expedientes médicos a la agencia que realizará la revisión. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento escribiéndole a la OPP, pero la información ya liberada que dependió de la autorización no se verá afectada por la revocación.

Por la presente, yo, _____, solicito una revisión externa del asunto descrito en la página 3 de esta solicitud. Testifico que la información dada en esta solicitud es veraz y correcta a mi leal saber y entender.

Autorizo a mis proveedores de atención médica a liberar todo expediente médico o de tratamiento pertinente relacionado con el asunto descrito en esta solicitud a la agencia de revisión externa nombrada por la OPP para revisar mi solicitud. Entiendo que la agencia de revisión externa examinará mis expedientes médicos para tomar su decisión, y que, sin mi autorización, la agencia no podrá revisar mi solicitud.

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

Según la Sección 11.22 del Título 958 del Código de Regulaciones de Massachusetts (CMR por sus siglas en inglés), una agencia de revisión externa no podrá liberar información médica y sobre tratamiento ni de otro tipo obtenida como parte de una revisión externa, excepto a la OPP o de otra manera legalmente autorizada o requerida. Entiendo que la agencia de revisión externa podría no estar cubierta por la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) o la Ley Estatal de Prácticas Informativas Justas de Massachusetts podrían no cubrir a la agencia externa.

Entiendo que las leyes federales de privacidad podrían no cubrir a la OPP y que ésta podría además compartir información que se le facilita. Sin embargo, cabe señalar que los expedientes médicos están exentos de divulgación bajo la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26)(c)), y que la OPP no compartirá sus expedientes médicos con ninguna persona sin su permiso por escrito o a menos que la ley lo requiera de otra manera.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

* Especifique si firma un padre, tutor, curador u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: si el paciente tiene por lo menos 18 años de edad, es generalmente un adulto legal y debe firmar. Padres u otros familiares no pueden autorizar la liberación de expedientes de otro adulto.

PERMISO CONCERNIENTE A INFORMACIÓN MÉDICA ESPECÍFICA

Escriba sus iniciales y firme abajo para autorizar la liberación de cualquiera de la siguiente información:

____ Yo específicamente doy permiso, como lo requiere M.G.L. c. 111, § 70F, para liberar información en mi expediente sobre pruebas de anticuerpos y antígenos del VIH, y diagnósticos de SIDA/VIH o tratamiento del VIH/SIDA, a la agencia de revisión externa.

____ Yo específicamente doy permiso, como lo requiere M.G.L. c. 111, §70G, para liberar información en mi expediente sobre mi información genética a la agencia de revisión externa.

____ Yo específicamente doy permiso para liberar información en mi expediente sobre el tratamiento de alcohol o drogas a la agencia de revisión externa. Si esta información es compartida, entiendo que deberá incluirse un aviso específico requerido por la Parte 2 del Título 42 del Código de Reglamentos Federales (CFR) que prohíbe la re-divulgación de esta información confidencial.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

* Especifique si firma un padre, tutor, curador u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: si el paciente tiene por lo menos 18 años de edad, es generalmente un adulto legal y debe firmar. Padres u otros familiares no pueden autorizar la liberación de expedientes de otro adulto.

AUTORIZACIÓN PARA REMITIR EL CASO A OTRA AGENCIA ESTATAL

Con su permiso, la OPP puede remitir este caso, incluyendo los expedientes médicos y la información médica que esta autorización ha liberado, a otra agencia gubernamental pertinente según proceda.

Entiendo que las leyes federales de la privacidad podrían no cubrir a otras agencias estatales y que éstas además podrían compartir la información que se les facilita. Tenga en cuenta que los expedientes médicos y la información médica están exentos de divulgación bajo la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26)(c)).

Por favor marque uno de lo siguiente:

- SÍ, le doy mi permiso a la OPP a remitir mi caso a otra agencia gubernamental pertinente.
 NO, no le doy mi permiso a la OPP a remitir mi caso a otra agencia gubernamental.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

* Especifique si firma un padre, tutor, curador u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: si el paciente tiene por lo menos 18 años de edad, es generalmente un adulto legal y debe firmar. Padres u otros familiares no pueden autorizar la liberación de expedientes de otro adulto.

Complete este formulario solo si está solicitando la revisión de un reclamo para servicios de salud conductual (incluyen tratamiento de salud mental o del trastorno del abuso de sustancias)

SOLICITUD DE REVISIÓN EXTERNA Y LIBERACIÓN DE NOTAS DE PSICOTERAPIA

La Oficina de Protección al Paciente (OPP) asignará su caso a una de las cuatro agencias de revisión externa: Independent Medical Expert Consulting Services, Inc. (IMEDECS), la Island Peer Review Organization (IPRO), MAXIMUS Federal Services Inc. (MAXIMUS), o ProPeer Resources, Inc. (ProPeer). Este formulario autorizará la liberación de las notas de psicoterapia a la agencia que realice la revisión. Esta autorización puede ser revocada en cualquier momento escribiéndole a la OPP, pero la información ya liberada que dependió de la autorización no se verá afectada por la revocación.

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

Autorizo a mi ACO/RBPO a liberar todas las notas de psicoterapia pertinentes relacionadas con el asunto descrito en esta solicitud de la revisión externa a la agencia de revisión externa nombrada por la OPP para revisar mi solicitud. Entiendo que la agencia de revisión externa examinará mis expedientes médicos para tomar su decisión, y que, sin mi autorización, la agencia no podrá revisar mi solicitud.

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

Entiendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguro Médico de 1996 (HIPAA) o la Ley Estatal de Prácticas Informativas Justas podrían no cubrir a la agencia de revisión externa. Tenga en cuenta que según la Sección 11.22 del Título 958 del Código del Reglamento de Massachusetts, ninguna agencia de revisión externa o revisor podrán, excepto con la autorización específica de una liberación adecuada firmada por el paciente o representante legamente autorizado, liberar información médica y del tratamiento u otra información obtenida como parte de una revisión externa, excepto a la OPP y de otra manera autorizada o requerida por la ley.

Entiendo que las leyes federales de privacidad podrían no cubrir a la OPP y que ésta podría además compartir información que se le facilita. Los datos y expedientes médicos están exentos de divulgación bajo la ley de registros públicos de Massachusetts (M.G.L. c. 4, § 7(26)(c)), y que la OPP no compartirá sus expedientes con ninguna persona sin su permiso por escrito o a menos que la ley lo requiera de otra manera.

Firma del paciente o tutor legal*

Fecha

* Especifique si firma un padre, tutor, curador u otro: _____

Por favor tenga en cuenta que: si el paciente tiene por lo menos 18 años de edad, es generalmente un adulto legal y debe firmar. Padres u otros familiares no pueden autorizar la liberación de expedientes de otro adulto.



STUART H. ALTMAN
CHAIR

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

OFFICE OF PATIENT PROTECTION
(800) 436-7757 (PHONE)
(617) 624-5046 (FAX)

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

SOLICITUDES DE REVISIÓN ACELERADA

Un paciente puede solicitar una revisión externa acelerada si cree que hay una necesidad médica urgente. La agencia de revisión externa decidirá si hay una amenaza grave e inmediata a la salud del paciente que requiera una revisión acelerada. Si es acelerada, la agencia de revisión externa emitirá una decisión definitiva durante las 72 horas después haber recibido la asignación de la Oficina de Protección al Paciente.

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

Si usted marcó la casilla anterior, sírvase explicar la naturaleza de la necesidad médica urgente. Por favor describa el riesgo de grave daño al paciente (adjunte más documentos en caso necesario):

Puede adjuntar expedientes médicos para ayudar a la Agencia de Revisión Externa a determinar si el paciente reúne los requisitos para una revisión externa acelerada.

Adjunto expedientes médicos a este formulario.

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