



DEBORAH DEVAUX
CHAIR

The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

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

OFFICE OF PATIENT PROTECTION

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

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

SOLICITUD DE UNA REVISIÓN EXTERNA INDEPENDIENTE DE UNA RECLAMACIÓN DE UN SEGURO MÉDICO POR MEDIO DE LA OFICINA DE PROTECCIÓN AL PACIENTE

Si su compañía de seguro médico no pagará por un tratamiento que usted cree que necesita, es posible que pueda pedirle a la Oficina de Protección al Paciente (OPP) que le encargue a un experto médico externo que revise la decisión de su compañía de seguros. A esto se le llama una revisión externa.

- **Revisión externa estándar** – Para una revisión externa ordinaria, usted debe primero presentar una reclamación a su compañía de seguros, pidiendo una revisión interna de la decisión. Si después de la revisión interna la respuesta sigue siendo no, usted puede solicitar una revisión externa en un lapso no mayor a los cuatro meses de haber recibido una carta de la "determinación adversa definitiva" de su compañía de seguros. Una determinación adversa definitiva es la carta de su aseguradora médica informándole que su reclamo está siendo negado en base a necesidad médica, idoneidad del entorno y nivel de atención médica o bien a la eficacia del tratamiento, y que usted ha agotado el proceso interno de apelaciones de la aseguradora.

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

<https://masshpc.gov/opp/external-revisión-salud-insurance#Forms>

Adjunte la carta de la determinación adversa definitiva y otra documentación

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

- **Revisión externa acelerada** – Si su profesional de atención médica certifica que una demora representaría un riesgo grave e inmediato a su salud, usted puede solicitar una revisión externa acelerada. Usted puede solicitar una revisión externa acelerada en un lapso no mayor de cuatro meses de haber recibido una determinación adversa o la carta de la determinación adversa definitiva de su compañía de seguros. Usted puede elegir si presenta una solicitud de una revisión externa acelerada al mismo tiempo en que solicita una revisión interna acelerada de su compañía de seguros. Si usted presenta simultáneamente la solicitud de una revisión interna acelerada y la de una revisión externa acelerada, no necesita una carta de la determinación adversa definitiva, pero incluya la primera carta de la negación o determinación adversa de su compañía de seguros.

Siguientes pasos: Complete las páginas 2-9 de este formulario o el formulario disponible en línea en:

<https://masshpc.gov/opp/external-revisión-salud-insurance#Forms>

Pídale a su proveedor de atención médica que complete las páginas 10-11 de este formulario

Adjunte la determinación adversa o determinación adversa definitiva y otros documentos

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

- **Continuación de la cobertura** – Si quiere que su compañía de seguro médico pague por su tratamiento mientras se revisa su caso, usted y su profesional de atención médica pueden solicitar la continuación de la cobertura dentro de dos días hábiles después del día en que usted recibió la determinación adversa.

Siguientes pasos: Complete la solicitud de la revisión externa como se describe arriba

Complete la solicitud de la continuación de la cobertura en la página 9

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-revisión-salud-insurance#Forms>

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

- Este formulario de solicitud completado (las páginas 2-8 son para la revisión externa estándar).
- Si está solicitando una **revisión externa acelerada o la continuación de cobertura**, los formularios completados en las páginas 9-11 si corresponde.
- Una copia de la carta de la negación o determinación adversa definitiva o de su aseguradora médica (o de la primera carta de la determinación adversa si presenta una solicitud de revisión externa acelerada al mismo tiempo que le presenta a la aseguradora una solicitud de revisión interna acelerada).
- Una copia de su tarjeta del seguro y/o de su compañía de seguros y el no. de identificación del seguro
- Cualquier expediente médico, declaración de sus proveedores de atención médica tratantes u otra información que le gustaría que la agencia de revisión independiente considerara al revisar su caso (aparte de lo que usted presente, la agencia de revisión independiente recibirá solo el archivo de su aseguradora médica concerniente al tratamiento que es el objeto de la determinación adversa).
- Un cheque o giro postal por la cantidad de \$25 pagadero a Commonwealth of Massachusetts (a menos que usted le pida a la OPP que no le cobre el cargo en la página 8). Si manda su solicitud de la revisión externa por fax, puede enviar el cheque o giro postal por correo a la OPP por separado.
- 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**, llame al 800-436-7757 para decirle a la OPP que ha presentado la solicitud. 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 COBERTURA DEL SEGURO MÉDICO DEL PACIENTE

6. Nombre del titular de la póliza:	
7. Número de ID del seguro del paciente:	
8. Nombre de la aseguradora médica:	
9. ¿Cómo obtuvo el paciente este seguro? Marque todo lo pertinente.	<input type="checkbox"/> Empleador <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:
10. Persona en la compañía de seguros involucrada en su apelación (si es conocida):	

<p>11. Describa el desacuerdo que tiene con su plan de salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • De ser posible, indique los servicios para los cuales la cobertura fue negada • Adjunte páginas adicionales en caso necesario • Adjunte la carta de la determinación adversa (la carta de negación de la compañía de seguros) • Adjunte toda otra información de su plan de salud o de su proveedor de atención médica que quiere que el revisor externo considere

DATOS DE SU PROVEEDOR DE ATENCIÓN MÉDICA TRATANTE

Nombre del proveedor de atención médica que ordenó el servicio que no se cubrió:

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

Dirección postal del proveedor:

Teléfono del proveedor: _____

INFORMACIÓN SOBRE SU HISTORIAL MÉDICO

Si hay información importante sobre un tratamiento anterior, enumere al proveedor o los proveedores y fechas aquí e incluya los expedientes médicos que usted quiera que la agencia de revisión externa considere cuando envíe este formulario de solicitud. Adjunte hojas adicionales en caso necesario.

Nombre del proveedor: _____

Dirección postal del proveedor:

Teléfono del proveedor: _____

Fechas del tratamiento: _____

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: _____

Fax: _____



DEBORAH DEVAUX
CHAIR

The Commonwealth of Massachusetts

HEALTH POLICY COMMISSION

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

OFFICE OF PATIENT PROTECTION

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

DAVID M. SELTZ
EXECUTIVE DIRECTOR

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 mi Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO por sus siglas en inglés), aseguradora médica y/o mis proveedores de atención médica a liberar todo expediente médico o de tratamiento pertinente relacionado 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 decidir, 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 3.416 del Título 958 del Código de Regulaciones de Massachusetts (CMR por sus siglas en inglés), 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 o de otra manera legalmente autorizada o requerida. Entiendo que la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico de 1996 (HIPAA) o la Ley Estatal de Prácticas Informativas Justas 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

Por favor 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 por sus siglas en inglés) 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 la División de Seguros de Massachusetts o a la Oficina del Procurador General para mayor investigación y posible acción contra la aseguradora.

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 la División de Seguros, la Oficina del Procurador General u otra agencia estatal pertinente.
- NO, no le doy mi permiso a la OPP a remitir mi caso a otra agencia estatal.

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 Organización del Mantenimiento de la Salud (HMO), aseguradora médica y/o proveedores de atención médica 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 3.416 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.

CARGO DE LA REVISIÓN EXTERNA Y EXENCIÓN DEL CARGO

Por lo general, el paciente que pide una revisión externa es responsable de pagar los primeros \$25 del costo de la revisión y la compañía de seguros paga el resto. Si la revisión externa es resuelta completamente a su favor, la Commonwealth of Massachusetts le reembolsará su pago de \$25.

Adjunte un cheque o giro postal por la cantidad de \$25 a nombre de Commonwealth of Massachusetts, o una solicitud de la exención de este cargo.

Adjunto el cheque o giro postal por la cantidad de \$25.

Solicitud de la exención: Le solicito a la Oficina de Protección al Paciente que exima el cargo de \$25 porque su pago me causaría una gran penuria económica. Marque una de las siguientes casillas:

Mis ingresos son menores o equivalen al 300% del nivel federal de pobreza (FPL) según la siguiente tabla

Directrices para 2024 – 300% del FPL (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)

Tamaño de la familia	Ingresos anuales	Ingresos mensuales	Ingresos semanales
1	\$ 43,740	\$3,645	\$841
2	\$ 59,160	\$4,930	\$1,138
3	\$ 74,580	\$6,215	\$1,434
4	\$ 90,000	\$7,500	\$1,731
5	\$ 105,420	\$8,785	\$2,027
6	\$ 120,840	\$10,070	\$2,324
7	\$136,260	\$11,355	\$2,620
8	\$151,680	\$12,640	\$2,917

Mis ingresos sobrepasan las directrices, pero el pago de \$25 me causaría una gran penuria económica porque:

SOLICITUD DE QUE CONTINÚE LA COBERTURA DURANTE LA REVISIÓN EXTERNA

Si el objeto de la revisión externa implica la terminación de los servicios en curso, el paciente puede solicitarle a la agencia de revisión externa que pida la continuación de la cobertura del seguro para el servicio vencido mientras está pendiente la revisión. Tal solicitud debe hacerse **antes de que termine el segundo día hábil** después de recibir la determinación adversa definitiva de la aseguradora (no se requiere la decisión adversa definitiva si usted está presentando una solicitud de una revisión externa acelerada al mismo tiempo que le está presentando una solicitud de una revisión interna acelerada al plan de salud). La agencia de revisión podría ordenar que continúe la cobertura o el tratamiento si determina que la discontinuación de la cobertura o del tratamiento dañaría gravemente la salud del paciente o debido a otra buena causa como la determine la agencia de revisión. Tal continuación de la cobertura será a expensas de la aseguradora sin importar la determinación definitiva de la revisión externa.

<input type="checkbox"/> Yo solicito la continuación de los servicios previamente autorizados por la aseguradora.	
_____	_____
Firma del paciente o representante autorizado	Fecha

SOLICITUD DE UNA REVISIÓN ACELERADA

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

Si se trata de una solicitud de una Revisión Acelerada, marque la casilla correspondiente (marque una):	
<input type="checkbox"/> La negación de cobertura del seguro médico afecta un ingreso hospitalario, disponibilidad de atención, estancia continuada o servicio de atención médica para los que el paciente recibió servicios de emergencia y permanece hospitalizado. <i>Por favor complete la página 9. No tiene que completar las páginas 10 y 11.</i>	
<input type="checkbox"/> El proveedor de atención médica del paciente cree que una demora en los servicios o el tratamiento que la compañía de seguros ha negado representarían un riesgo grave e inmediato a la salud del paciente. <i>SI ES ASÍ, un médico o proveedor de atención médica deben completar las páginas 10 y 11, tituladas "Certificación para una revisión externa acelerada."</i>	
Envié el formulario al proveedor de atención médica por: <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Fax <input type="checkbox"/> Correo electrónico	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	
Nombre del proveedor de atención médica:	
Dirección:	
Correo electrónico:	
Teléfono:	

The Commonwealth of 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 PARA UNA REVISIÓN EXTERNA ACELERADA

Un paciente o su representante autorizado, si lo hay, pueden solicitar una revisión externa acelerada si el médico o proveedor de atención médica que ordenó los servicios certifica que la demora en la prestación o continuación de los servicios de atención médica que son el objeto de una determinación adversa representaría un riesgo grave e inmediato a la salud del paciente.

Bajo las circunstancias anteriores, el médico o proveedor de atención médica deben completar este certificado y mandarlo inmediatamente por fax a la Oficina de Protección al Paciente al 617-624-5046 para que el paciente sea elegible para una revisión externa acelerada de una determinación de necesidad médica. **El paciente también debe completar las páginas 2-9. La OPP no puede tomar en cuenta ninguna solicitud de revisión externa hasta que haya recibido toda la solicitud.**

Nombre del paciente: _____

Teléfono del paciente: _____

No. de ID de miembro del plan de salud del paciente (si está disponible): _____

Nombre del médico o proveedor de atención médica que completa este formulario:

Dirección: _____

Persona de contacto: _____

Teléfono: _____

Dirección de correo electrónico: _____

Fax: _____

A sabiendas del padecimiento del paciente, es mi opinión clínica que una decisión acelerada es necesaria; toda demora en proporcionar el servicio de atención recomendado podría hacer que peligre gravemente la vida o salud del reclamante o la capacidad de recuperar su máxima función o le causaría dolor intenso que no podría ser controlado adecuadamente sin la atención o el tratamiento que son el objeto de la apelación.

_____ SÍ _____ NO

Continúa en la siguiente página

Si SÍ, explique la naturaleza del riesgo grave e inmediato a la salud del paciente (adjunte más documentos en caso necesario):

Certifico que la información anterior es veraz y correcta. Entiendo que yo puedo estar sujeto a medidas disciplinarias profesionales por hacer declaraciones falsas.

Nombre del médico o del proveedor de atención médica

Firma

Fecha

Sello del médico o del consultorio del proveedor de atención médica:

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

Las páginas 2-9 pueden enviarse por fax con esta certificación o por separado, pero la solicitud acelerada no puede ser procesada sin una solicitud completa.

Si tiene cualquier pregunta, visite nuestro sitio web en <https://masshpc.gov/opp> o llame a la Oficina de Protección al Paciente al 800-436-7757.