

## SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

**Si usted desea otorgar a otra persona autoridad para asistirlo con su IMR, usted debe completar la Forma de Autorización de Asistentes.**

### INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre \_\_\_\_\_ Inicial del segundo nombre \_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_  
Nombre del padre o guardián del joven menor \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_  
Número telefónico de día \_\_\_\_\_ Número telefónico de noche \_\_\_\_\_  
Nombre del plan de salud \_\_\_\_\_  
Número de membresía del paciente \_\_\_\_\_  
Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_ Género  Masculino  Femenino  
¿Tiene Medi-Cal?  Sí  No  
¿Tiene Medicare o Medicare Advantage?  Sí  No  
¿Ha presentado alguna queja o reclamo a su plan de salud?  Sí  No  
¿Está tratando de obtener el pago de un servicio que ya ha recibido?  Sí  No

### SU PROBLEMA DE SALUD (Si es necesario, utilice una hoja por separado y anexe otros documentos).

- 1 ¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico de su doctor? \_\_\_\_\_
- 2 ¿Qué tratamiento médico o servicio está usted solicitando? \_\_\_\_\_
- 3 ¿Cómo le gustaría que se decidiera su caso? \_\_\_\_\_
- 4 ¿Padece de una condición que representa una seria amenaza para su salud?  Sí  No

Si su respuesta es "Sí", por favor explique \_\_\_\_\_

- 5 Su plan de salud dice que el tratamiento que usted quiere es (marque una opción):

Médicamente innecesario  Experimental o de investigación  Otro (por favor explique)

- 6 Indique el nombre y número telefónico de su doctor familiar y de otros doctores que haya visto, consultado o hayan tratado su enfermedad. ¿Son parte de la red de su plan de salud? (Si es necesario, utilice una hoja por separado)

\_\_\_\_\_

- 7 Estoy solicitando una Revisión Médica Independiente (IMR) para tomar una decisión sobre mi problema médico con mi plan de salud. Si mi problema no califica para una IMR, por favor revísenlo como queja estándar. Permiso a mis proveedores, actuales y anteriores, así como a mi plan de salud proporcionar mis expedientes médicos e información para la revisión de este problema. Mi expediente puede incluir reportes médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, tomografías y otra información relacionada con mi caso. Asimismo, el expediente puede incluir reportes no médicos y cualquier otra información que se refiera a mi caso. Autorizo al Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC, por sus siglas en inglés) y al personal de la IMR revisar mis expedientes e información. Mi autorización terminará un año después de la fecha señalada al final de este documento, con excepción de lo permitido por la ley. Por ejemplo, la ley permite que el DMHC continúe utilizando mi información internamente. Podré dar por terminada mi autorización antes de la fecha establecida si así lo deseo. Toda la información proporcionada en este documento es verdadera.

Firma del paciente o padre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíe esta forma y cualquier anexo por correo o fax al: **Help Center, Department of Managed Health Care, IMR Unit, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725; FAX: 916-255-5241**

# Instrucciones para la solicitud de la IMR

Si su plan de salud rechaza su solicitud de tratamiento o servicios médicos, puede presentar una queja (queja formal) con su plan. Si no está de acuerdo con la decisión de su plan, puede pedir al Centro de Ayuda en el Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*, DMHC) una Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*, IMR). Una IMR es una revisión de su caso hecha por médicos que no forman parte de su plan de salud. Si la IMR decide a su favor, su plan debe brindarle el servicio o tratamiento que solicitó. No paga ningún costo por una IMR.

## Puede solicitar una IMR si su plan de salud:

- Rechaza, cambia o retrasa un servicio o tratamiento porque el plan determina que no es médicamente necesario.
- No cubrirá un tratamiento experimental o de investigación para una afección médica grave.
- No pagará los servicios médicos de emergencia o de urgencia que ya ha recibido.

## Antes de solicitarla

En muchos casos, debe completar el proceso de queja de su plan antes de solicitar una IMR. Su plan debe informarle sobre la decisión dentro de los 30 días o dentro de los 3 días si su problema es una amenaza grave e inmediata para su salud.

Si su plan rechaza el tratamiento por su naturaleza experimental o de investigación, no tiene que participar en el proceso de queja de su plan antes de solicitar una IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de los seis meses posteriores a que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito a su queja formal. Podemos aceptar su solicitud luego de seis meses, si determinamos que las circunstancias impidieron el envío oportuno.

**Tenga en cuenta que si decide no participar en el proceso de IMR, puede estar renunciando a su derecho establecido por la ley de buscar acción legal contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.**

## Cómo realizar la solicitud

Complete el formulario para la solicitud de la IMR. Complete el formulario de Asistentes Autorizados si alguien lo está ayudando con su IMR. Si tiene expedientes médicos de *proveedores no contratados* en relación con su problema de atención médica, inclúyalos con su solicitud. Su plan de salud deberá obtener expedientes médicos de proveedores contratados.

Adjunte copias de cartas u otros documentos acerca del tratamiento o servicio que su plan de salud denegó. Esto puede acelerar el proceso de IMR. Envíe copias de documentos, no los originales. El Centro de Ayuda no puede devolver documentos.

Si tiene preguntas acerca de cómo completar el formulario de solicitud, llame al Centro de Ayuda al 1-888-466-2219 o TDD 1-877-688-9891. Esta llamada no tiene costo.

Envíe por correo o fax su formulario y cualquier adjunto a:

**Help Center**

**FAX: 916-255-5241**

**Department of Managed Health Care**

**980 9th Street Suite 500**

**Sacramento CA 95814-2725**

## ¿Qué sucede si reúne los requisitos para una IMR?

El Centro de Ayuda revisará su solicitud y le enviará una carta dentro de los 7 días en la que le informará si reúne los requisitos para una IMR. Cuando toda su información, incluidos los expedientes médicos importantes, se reciba, se enviará la IMR a la Organización Revisora, la cual tomará la decisión de la IMR se tomará dentro de los 30 días, o dentro de 3 a 7 días si su caso es urgente. Los médicos que revisaron su caso le informarán la decisión. Si la IMR decide a su favor, su plan debe brindarle el servicio o tratamiento que solicitó.

## ¿Qué sucede si no reúne los requisitos para una IMR?

Su problema se revisará a través del proceso de queja estándar del Departamento. Recibirá una notificación de nuestra decisión por escrito dentro de los 30 días.

### **Esta notificación es requerida por ley**

- La Ley Knox-Keene de California le concede al Departamento de Atención Médica Administrada (*Department of Managed Health Care*, DMHC) la autoridad para regular los planes de salud e investigar las quejas de los afiliados a los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del DMHC utiliza su información personal para investigar su problema con su plan de salud y brindarle una Revisión Médica Independiente si usted reúne los requisitos.
- Usted nos da la información voluntariamente. No está obligado a darnos esta información.
- Sin embargo, si no nos da la información, no podremos investigar su queja o brindarle una Revisión Médica Independiente.
- Podemos compartir su información personal, según sea necesario, con el plan de salud y los médicos que llevarán a cabo la Revisión Médica Independiente.
- También podemos compartir su información con otras agencias gubernamentales conforme la ley lo permita o exija.
- Tiene derecho a ver su información personal. Para esto, comuníquese con el coordinador de solicitudes de registros del DMHC, DMHC, Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, 916-322-6727.
- La ley que exige esta notificación es la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Sección 1798.17 del Código Civil de California).

## FORMULARIO PARA EL ASISTENTE AUTORIZADO

- Si usted desea otorgar a alguien autoridad para asistirlo en su Revisión Médica Independiente (IMR) o reclamo, llene las Partes A y B a continuación.
- Si usted es el padre o guardián legal del paciente menor de 18 años por quien está solicitando la IMR o reclamo, no necesita completar esta forma.
- Si está solicitando una IMR o reclamo por un paciente que no puede completar esta forma y usted tiene la autoridad legal para actuar en representación de esta persona, favor de completar sólo la Parte B. También envíe una copia del poder legal para decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal que le autoriza tomar decisiones por el paciente.

### PARTE A: EL PACIENTE

Autorizo a la persona indicada en la Parte B a continuación para representarme ante el Departamento de Atención Médica Administrada (DMHC) en mi solicitud de IMR o reclamo. Autorizo al DMHC y al personal de la IMR compartir información sobre mi condición médica y cuidados con la persona mencionada a continuación. Dicha información puede incluir tratamientos de salud mental, pruebas y tratamientos del VIH, tratamientos de alcoholismo y drogadicción, y otra información sobre mi atención médica.

Bajo el entendimiento de que sólo se compartirá información relacionada a mi IMR o reclamo.

Mi autorización es voluntaria y tengo derecho a darla por terminada. Si deseo hacerlo, tendré que notificarlo por escrito.

Firma del paciente \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

### PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste \_\_\_\_\_

Firma de la persona que asiste \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Relación con el paciente \_\_\_\_\_

Teléfono de día # \_\_\_\_\_

Teléfono de noche # \_\_\_\_\_

El poder legal de las decisiones del cuidado de salud o cualquier otro documento legal está incluido.