

## **Solicitud para una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (Independent Review Organization – IRO, por su nombre y siglas en Inglés)**

### **Instrucciones para el paciente, persona que actúa en nombre del paciente o representante del paciente, empleado, y proveedor**

Ha recibido este formulario porque su solicitud para obtener servicios de cuidados de salud ha sido denegada ya que su compañía de seguros considera que los servicios no son médicamente necesarios. Ahora usted puede solicitar la revisión de su caso por parte de un proveedor de servicios médicos que sea totalmente independiente de su plan de salud o de su aseguradora (compañía de seguros). Esto es una revisión independiente por parte de una Organización de Revisión Independiente o "IRO". Usted, su proveedor de servicios médicos, o alguien que actúe en su nombre o su representante pueden presentar este formulario.

### **Para solicitar una revisión independiente de su caso debe hacer lo siguiente:**

- Completar la Solicitud para una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (Formulario de TDI LHL009).
- Firmar el formulario para que la IRO pueda recibir sus expedientes médicos. (La firma no es requerida para los casos de Compensación para Trabajadores).
- Regresar lo antes posible el formulario completo a la compañía que denegó su solicitud para los servicios de los cuidados de salud. No le envíe el formulario al Departamento de Seguros de Texas (TDI). Para los casos de Compensación para Trabajadores, debe enviar el formulario en o antes de 45 días calendario.
  - Instrucciones para la aseguradora: Completar la sección "Compañía o Agente para la revisión de utilización que denegó los servicios" en la página 4.
  - Nota para los pacientes: La dirección y/o número de fax de la compañía está en la carta de rechazo.
- La compañía enviará su solicitud a TDI para una revisión independiente. Una vez que TDI reciba la solicitud, asignará su caso a una IRO. Usted recibirá una carta de parte de TDI donde se identificará la IRO a la cual asignaron su caso.
- No hay costo alguno para su revisión independiente. Excepción solamente para la Compensación para Trabajadores fuera de la red: Un proveedor de servicios médicos que solicita una revisión retrospectiva independiente estará obligado a pagar los honorarios de la IRO antes que la IRO comience su revisión. Sin embargo, si la IRO falla a favor del proveedor de servicios médicos, el proveedor de servicios médicos será reembolsado por la aseguradora la cantidad de los honorarios de la IRO.

Los límites de tiempo para que una IRO emita una decisión:

<b>Tipos de Cobertura</b>	<b>Salud</b>	<b>Red de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Network –WCN, por su nombre y siglas en inglés)</b>	<b>Compensación para Trabajadores Fuera de la Red (Workers' Compensation Non-Network –WC, por su nombre y siglas en inglés)</b>
Pone en peligro la vida	3 días	8 días	8 días
Denegación de medicamentos con receta o infusiones intravenosas – Concurrente	3 days	NA	NA
Denegación de la solicitud para la excepción del protocolo para una terapia en etapas / pasos – Pre-autorización	3 días	NA	NA
No pone en peligro la vida Pre-autorización / concurrente	20 días	20 días	20 días
Retrospectiva	20 días	30 días a partir de la fecha en que se recibe el honorario de la IRO*	30 días a partir de la fecha en que se recibe el honorario de la IRO**

\*La aseguradora paga el honorario.

\*\*El solicitante paga el honorario. (Sin embargo, si el solicitante es el empleado lesionado, la aseguradora paga el honorario.)

### Solicitud de información

Fecha (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ Nombre del solicitante \_\_\_\_\_

### Relación con el paciente o empleado lesionado (Escoger uno)

- Sí mismo (completar la página 3, sección A)
- Persona que actúa en nombre del paciente o del empleado lesionado (completar la página 3, secciones A y C)
- Proveedor que actúa en nombre del paciente o del empleado lesionado (completar la página 3, secciones A y B)
- Proveedor que recibió la denegación (completar la página 3, sección A)
- Sub-reclamante (solo Compensación para Trabajadores) (completar la página 3, secciones A y C)

Aplica a los casos de salud y Compensación para Trabajadores:

1. ¿Pone en peligro la vida esta condición?  
 Sí  No
2. ¿Ha sido ordenada la revisión por un tribunal? (Esta pregunta no aplica si los servicios ya han sido recibidos)  
 Sí  No

**Sólo** aplica para los casos de salud:

1. ¿Se trata de una denegación de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por la cual usted ya está recibiendo beneficios?

Sí  No

2. ¿Se trata de una denegación de la solicitud para la excepción del protocolo para una terapia en etapas/pasos?

Sí  No

Servicios denegados - describa los servicios de cuidados de salud que han sido denegados e incluya las fechas solamente si los servicios ya han sido realizados:

---

---

---

---

**Información sobre el paciente o empleado lesionado**

Número de identificación del plan de salud o de la reclamación: \_\_\_\_\_

(Este número por lo general se encuentra en la tarjeta de identificación del plan de salud del paciente. El número identifica al paciente con la aseguradora. Ingrese el número de reclamación de DWC para los casos de compensación para trabajadores.)

Fecha de Nacimiento (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_ Género \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

**A. Proveedor que recibió la denegación**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de identificación de impuestos federales \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**B. Proveedor que actúa en nombre del paciente/empleado lesionado, si aplica**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de identificación de impuestos federales \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**C. Persona que actúa en nombre del paciente/empleado lesionado, si aplica**

Nombre \_\_\_\_\_

Número de identificación de impuestos federales \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

**Acuerdo para la entrega de información**

El acuerdo debe ser firmado por el paciente, o por su tutor legal. Esto no es requerido para los casos de Compensación para Trabajadores.

Yo, \_\_\_\_\_ (Escriba el nombre completo en letra de molde),  el paciente,  padre/madre,  o tutor legal del paciente (**escoger uno**), autorizo que se le entreguen a la Organización de Revisión Independiente todos los expedientes médicos necesarios y otros documentos que sean relevantes para la revisión, que estén en poder del agente para la Revisión de Utilización o cualquier médico, hospital, u otro proveedor de servicios médicos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha (MM/DD/YYYY) \_\_\_\_\_

**Nota:** Para el tratamiento por dependencia a sustancias químicas o salud mental, enliste el nombre de los proveedores para los cuales aplica este acuerdo:

---

---

---

## Compañía o agente para la Revisión de Utilización que denegó los servicios

Esta sección debe ser completada **solamente** por la compañía o URA que denegó los servicios. La persona que solicita la revisión independiente debe enviar este formulario a la compañía que se indica en esta sección.

Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

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

Teléfono \_\_\_\_\_ FAX \_\_\_\_\_

### Preguntas

Para más información sobre el proceso de revisión independiente llame al Departamento de Seguros de Texas (TDI) al 1-866-554-4926, y escoja la opción 2. Recuerde enviar este formulario a la compañía que denegó su solicitud para los servicios de cuidados de salud. No le envíe este formulario al Departamento de Seguros de Texas.

### Sus derechos

Usted puede solicitar la información que tenemos sobre usted enviando un correo electrónico a [OpenRecords@tdi.texas.gov](mailto:OpenRecords@tdi.texas.gov) o una carta a: Public Information Coordinator, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030 (mail code GC-ORO) Austin, Texas 78711-2030. Usted también tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información incorrecta que tenga sobre usted. Para pedir una corrección envíe, (1) su nombre, dirección postal y número de teléfono, (2) los detalles de la información que necesita corregirse y (3) la razón por la cual la información es incorrecta o prueba de que la información es incorrecta. Envíe el correo electrónico a [RecordCorrections@tdi.texas.gov](mailto:RecordCorrections@tdi.texas.gov) o una carta a: Record Correction Request, Texas Department of Insurance, P.O. Box 12030 (mail code CO-AAL-CC), Austin, Texas 78711-2030.