

Formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente (IMR)

INFORMACIÓN IMPORTANTE

Puede presentar su formulario de queja/solicitud de IMR en línea en: www.HealthHelp.ca.gov

- ❖ **GRATIS:** El proceso de solicitud de IMR y de presentación de quejas de parte de los consumidores es gratis.
- ❖ **RAPIDO:** Las IMR generalmente se deciden dentro de 30 días o dentro de 7 días si el asunto de salud es urgente.
- ❖ **Exitoso :** Cerca de 60% de los pacientes reciben el servicio solicitado a través de una IMR.
- ❖ **Definitivo:** Los planes de salud deben acatar la decisión de la IMR y proveer el servicio con prontitud.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa) _____ Género: Masculino Femenino

Nombre del padre o tutor si el solicitante es menor de edad _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono durante el día _____ Teléfono durante la noche _____

Correo electrónico _____

Nombre del plan de salud _____ Núm. de membresía del paciente _____

Nombre del grupo médico (si está inscrito en uno) _____

Empleador _____ No está empleado

¿Desea que alguien lo ayude con su queja? Sí No

De ser así, llene el 'Formulario de asistente autorizado' adjunto.

¿Tiene Medi-Cal? Sí No

De ser así, ¿ha presentado una petición de audiencia imparcial estatal? Sí No

¿Tiene Medicare o Medicare Advantage? Sí No

¿Ha presentado una queja o reclamo ante su plan de salud? Sí No

¿Desea recibir pago por un servicio que ya recibió? Sí No

De ser así, anote la(s) fecha(s) de servicio y el nombre del proveedor:

¿Desea recibir autorización para servicios futuros? Sí No

¿Necesita ayuda con sus actividades diarias o considera que tiene una discapacidad? Sí No

FORMULARIO DE QUEJA/SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (IMR)

SU PROBLEMA DE SALUD (Use una hoja aparte y adjunte otros documentos de ser necesario)

¿Cuál es su condición médica o el diagnóstico del doctor? (sea específico) _____

¿Qué tratamiento(s)/servicio(s) o medicamento(s) solicita? (sea específico)

Su plan dice que el tratamiento que desea (marque una opción):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> No es medicamento necesario | <input type="checkbox"/> Es experimental o de investigación |
| <input type="checkbox"/> No es una emergencia/no es urgente | <input type="checkbox"/> Otro (explicar a continuación) |

Anote el nombre y el teléfono de su doctor de atención primaria y de otros proveedores que lo hayan visto, tratado o informado de su condición.

¿Ha visto a proveedores que no están dentro de su red en relación con esta condición? Sí No

De ser así, incluya los registros médicos con este formulario.

Describa brevemente el problema que tiene con su plan. Por ejemplo, explique si es el problema es acerca de un tratamiento denegado, un reclamo no pagado, problemas para obtener una cita o medicamento, o si el plan canceló su cobertura.

Divulgación de información médica

Solicito al Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC) que tome una decisión acerca del problema que tengo con mi plan. Solicito al DMHC que revise mi formulario de queja/solicitud de revisión médica independiente para que determine si mi queja reúne los requisitos para una IMR o para el proceso de quejas de los consumidores del DMHC. Autorizo a mis proveedores, pasados y presentes, y a mi plan a divulgar mi información y registros médicos para que revisen este asunto. Estos registros podrían incluir informes médicos, de salud mental, abuso de sustancias, VIH, diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros podrían también incluir registros no médicos y cualquier información relacionada con mi caso. Autorizo a DMHC a que revise estos registros e información y a que los envíe a mi plan. Mi autorización caducará en un año a partir de la fecha que se indica a continuación, a excepción de lo que permita la ley. Por ejemplo, la ley permite al DMHC continuar usando mi información internamente. Puedo revocar mi autorización más pronto si así lo deseo. Toda la información que proporcioné en esta hoja es verdadera.

Firma del paciente o padre _____ Fecha _____

Consulte la hoja de instrucciones para obtener la información para el envío por correo o fax.

PARA INFORMACIÓN ESTADÍSTICA SOLAMENTE

Se le pide que proporcione la siguiente información de manera voluntaria. Proporcionar esta información ayudará a DMHC a identificar cualquier patrón de los problemas. El artículo 1374.30 del Código de Salud y Seguridad (Health and Safety Code) autoriza al DMHC a que obtenga esta información para fines de investigación y estadística. Proporcionar esta información es opcional y no afectará de ninguna manera la decisión sobre la IMR o la queja.

Idioma principal que habla: _____ Prefiero no decir

Raza/origen étnico: _____ Prefiero no decir

FORMULARIO DE ASISTENTE AUTORIZADO

- Si desea dar permiso a otra persona para que lo asista con su queja o revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR), llene las partes A y B a continuación.
- Si es un padre o tutor legal que presenta esta queja o solicitud de IMR en nombre de un menor de 18 años, no necesita llenar este formulario.
- Si presenta este formulario de queja/IMR en nombre de un paciente que no puede llenar este formulario debido a que es incompetente o tiene una discapacidad, y si usted tiene autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, llene la parte B solamente. Además, adjunte una copia de carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otros documentos que digan que usted puede tomar decisiones en nombre del paciente.

PARTE A: PACIENTE

Autorizo a la persona mencionada en la parte B a continuación para que me asista con la queja o solicitud de IMR que presenté ante el Departamento de Atención Administrada de la Salud (Department of Managed Health Care, DMHC). Autorizo al personal del DMHC y la IMR a que compartan la información sobre mi(s) condición(es) y atención médicas con la persona mencionada a continuación. Esta información podría incluir tratamientos de salud mental, tratamientos y pruebas de VIH, tratamientos de alcoholismo o drogadicción u otra información de atención de salud.

Entiendo que sólo se compartirá la información relacionada con mi queja o IMR.

Mi autorización para esta asistencia es voluntaria y tengo derecho a anularla. Si deseo anularla, tengo que hacerlo por escrito.

Firma del paciente _____ Fecha _____

PARTE B: PERSONA QUE ASISTE AL PACIENTE

Nombre de la persona que asiste al paciente (letra de molde) _____

Firma de la persona que asiste al paciente _____

Dirección _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Relación con el paciente _____

Teléfono durante el día _____

Teléfono durante la noche _____

Correo electrónico _____

- Mi carta de poder para tomar decisiones de atención de salud u otro documento legal está incluido

Hoja de instrucciones para el formulario de queja/solicitud de IMR

Si tiene preguntas, llame al Centro de Ayuda al 1-888-466-2219 o TDD al 1-877-688-9891. La llamada es gratuita.

Antes de presentar su solicitud:

En la mayoría de los casos, usted debe completar el proceso de queja o reclamación de su plan antes de que pueda presentar una solicitud de queja o IMR ante el DMHC. Su plan debe darle una decisión dentro de un plazo de 30 días o dentro de un plazo de 3 días si su problema representa una amenaza inmediata o grave para su salud.

Si su plan le negó el tratamiento que solicitó por ser experimental o estar en investigación, no tiene que participar en el proceso de queja o reclamación de su plan antes de que pueda presentar una solicitud de IMR.

Debe solicitar una IMR dentro de un plazo de seis meses a partir de que su plan de salud le envíe una respuesta por escrito referente a su apelación. El DMHC podría aceptar su solicitud después de seis meses si se determina que las circunstancias evitaron su presentación oportuna. Tenga en cuenta que si decide no presentar una queja ante el DMHC por un asunto que cumple con los requisitos para una IMR, podría estar renunciando sus derechos de emprender una acción legal contra su plan en relación con el servicio o tratamiento que está solicitando.

Cómo presentar el formulario:

- 1) Preséntelo en línea en www.HealthHelp.ca.gov. **Esta es la manera más rápida.**



Llene y firme el formulario de queja/solicitud de IMR.

- 2) Si desea que alguien lo ayude con su queja o IMR, llene el 'Formulario de asistente autorizado'.
- 3) Si tiene registros médicos de proveedores **fuera de la red**, inclúyalos con su formulario de queja/solicitud de IMR. Su plan proveerá los registros médicos de los proveedores dentro de la red.
- 4) Puede incluir otros documentos que apoyen su solicitud. Sin embargo, no es necesario proveer ningún documento o correspondencia entre usted y su plan en relación con su queja. El DMHC obtendrá esta información directamente de su plan como parte de la investigación.
- 5) Si no hace su presentación en línea, envíe su formulario y todos los documentos de apoyo por correo postal o fax a:
DMHC Help Center
980 9th Street Suite 500
Sacramento CA 95814-2725
FAX: 916-255-5241

¿Qué sucederá a continuación?

El Centro de Ayuda (Help Center) le enviará una carta dentro de un plazo de siete días informándole si reúne los requisitos para una IMR. Si se determina que su queja reúne los requisitos para una IMR, su caso se asignará a un contratista estatal que llevara a cabo la revisión. Al contratista estatal también se le conoce como una organización de revisión médica independiente (Independent Medical Review Organization, IMRO). Toda la información en posesión del Centro de Ayuda relacionada con su queja, incluyendo sus registros médicos, se enviará al IMRO. La IMRO tomará una decisión, generalmente dentro de un plazo de 30 días o dentro de siete días si su caso es urgente. Se le notificará por escrito de la decisión.

Si se determina que su queja debe revisarse mediante el proceso de Queja del Consumidor, se tomará una decisión acerca de su asunto dentro de un plazo de 30 días. Se le notificará por escrito de la decisión.

Hoja de instrucciones para el formulario de queja/solicitud de IMR

La Ley de Prácticas Informativas (Information Practices Act) de 1977 (artículo 1798.17 del Código Civil de California) requiere que se haga la siguiente notificación.

- La Ley Knox-Keene de California otorga al DMHC la autoridad para que regule los planes de salud e investigue las quejas de los miembros de los planes de salud.
- El Centro de Ayuda del DMHC usa su información personal para investigar el problema que tiene con su plan de salud y para concederle una IMR si reúne los requisitos para una.
- Usted proporciona esta información al DMHC de manera voluntaria. Usted no tiene que proporcionar esta información. Sin embargo, si no lo hace, el DMHC podría ser incapaz de investigar su queja o concederle una IMR.
- El DMHC podría compartir su información personal, según sea necesario, con el plan y los proveedores que llevan a cabo la IMR.
- El DMHC podría también compartir su información con otras agencias gubernamentales como lo exija o permita la ley.
- Usted tiene derecho a ver su información personal. Para hacerlo, comuníquese con el Coordinador de Solicitudes Registros de DMHC, , Office of Legal Services, 980 9th Street Suite 500, Sacramento CA 95814-2725, o llame a 916-322-6727.