

INSTRUCCIONES E INFORMACIÓN RESPECTO DE SU SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Antes de solicitar una Revisión Médica Independiente al Departamento de Seguros, primero debe presentar una apelación/queja formal ante la compañía de seguros en un esfuerzo por resolver el o los problemas. Si no recibe una respuesta satisfactoria después de 30 días, entonces llene el formulario de solicitud, adjunte copias de cualquier documento importante que se relacione con su reclamo y envíelos por correo a la dirección que aparece en el formulario de solicitud. También puede adjuntar las hojas adicionales que sean necesarias para explicar y/o describir la situación y desacuerdo con su compañía de seguros. Consideramos que esta información es necesaria para nuestra revisión y está dentro de las facultades y deberes expresados en el California Insurance Code, Section 12921.3 and Section 10169. Por favor, revise nuestra declaración de privacidad respecto de la información que recibimos de usted.

Por favor tenga presente que se entregará una copia de su Solicitud de Revisión Médica Independiente a la compañía de seguros y a la Organización de Revisión Médica Independiente.

Usted tiene derecho a proporcionar información o documentación que considere respaldará su posición en esta revisión.

Puede revisar la información que envíe en cualquier momento siempre y cuando el caso se encuentre en el departamento. Después de terminar nuestra gestión se le devolverán todos los documentos originales.

LA SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE SE PUEDE ENVIAR AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS PARA LOS SIGUIENTES TIPOS DE PROBLEMAS:

Denegación de un reclamo debido a que, en opinión de la compañía, el tratamiento o servicio no es médicamente necesario, o es experimental y está excluido de acuerdo con una disposición de la póliza.

- 1 Una oferta de una cantidad inferior a aquella indicada en la póliza según la opinión de necesidad por razones médicas de la compañía.
- 2 Retraso en la presentación de un reclamo debido a un asunto de necesidad por razones médicas en disputa.
4. Denegación de un reclamo por servicios de urgencia o emergencia.

Según el proceso de Revisión Médica Independiente, uno o más médicos tomarán una determinación sobre este asunto y su decisión será obligatoria para la compañía de seguros.

DEPARTMENT OF INSURANCE
CLAIMS SERVICES BUREAU

300 SOUTH SPRING STREET, SOUTH TOWER
LOS ANGELES, CA 90013

www.insurance.ca.gov
CSB-005 P

Revised: 12/21/06



SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Nombre

Dirección

Ciudad Código Postal

Teléfono del Trabajo: () _____

Teléfono Residencial: () _____

Por favor tenga presente que se entregará una copia de esta Solicitud de Revisión Médica Independiente a la compañía de seguros. Además, considere que:

- Una decisión de no participar en el proceso de revisión médica independiente puede ocasionar que se pierda el derecho establecido por ley de entablar una acción legal contra la compañía de seguros con respecto al servicio de cuidado de la salud en disputa.
- Es necesario que usted firme su consentimiento para obtener registros de cualquier necesidad médica de la compañía de seguros, de cualquiera de sus proveedores contratantes y de proveedores fuera del plan que la persona asegurada pueda haber consultado sobre este asunto.
- Tiene derecho a proporcionar información o documentación, directa o a través de su proveedor, respecto de algo de lo siguiente:
 - La recomendación del proveedor indicando que el servicio de cuidado de la salud en disputa es médicamente necesario para la condición médica de la persona asegurada.
 - Información médica o justificación de que el servicio de cuidado de la salud en disputa prestado por una urgencia o emergencia era médicamente necesario para la condición médica de la persona asegurada.
 - Información razonable que respalde su posición de que un servicio de cuidado de la salud en disputa es o fue médicamente necesario para su condición médica, incluyendo toda la información en poder de la persona asegurada proporcionada a la compañía de seguros o a cualquiera de sus proveedores contratantes, sobre la decisión de la compañía de seguros o del proveedor sobre los servicios de cuidado de la salud en disputa, y una copia de cualquier material que la persona asegurada todavía tenga y que haya proporcionado a la compañía de seguros para respaldar su queja formal, como cualquier material adicional que la persona asegurada considere relevante.

1. Nombre completo de la compañía de seguros y número de la póliza o certificado: _____

2. Número de reclamo y la(s) fecha(s) del (de los) servicio(s) médico(s): _____

3. ¿Se ha comunicado con la compañía para solicitar una Revisión Médica Independiente?
Sí _____ No _____ (Proporcione copias de toda la correspondencia)

4. Si existe una amenaza grave e inminente para la salud de la persona asegurada o el solicitante, por favor marque e indique el diagnóstico. _____

5. Describa brevemente el servicio o gasto médico en disputa que usted desea se remita a la Organización de Revisión Médica Independiente y señale los médicos que le han tratado por esta condición. Use hojas adicionales de ser necesario.

Yo, por este medio, solicito una Revisión Médica Independiente de mi disputa con la compañía de seguros. Autorizo la divulgación de todos y cada uno de mis registros médicos e información, de cualquier tipo, sobre o perteneciente al alcance de esta autorización incluyendo registros médicos, de salud mental, de abuso de sustancias, de VIH, informes de imágenes de diagnóstico, y cualquier otro tipo de registros no documentales así como registros no médicos e información pertinentes. Esto autoriza la divulgación por parte de y a todos los proveedores médicos, la compañía de seguros, el Departamento de Seguros de California y cualquier Organización de Revisión Médica Independiente. La divulgación está autorizada solamente en la medida que cualquiera de esas personas o entidades puedan considerar adecuado para un fin compatible con la revisión de una queja relacionada con servicios de cuidado de la salud. Esta autorización vencerá un año después de la fecha a continuación, excepto en lo que se refiera al uso interno del departamento o de otro modo permitido por la ley. El vencimiento se aplicará a toda la información que no se haya divulgado previamente conforme a esta autorización. Esta autorización puede revocarse o retirarse en cualquier momento. Una revocación o un retiro se aplicará a toda la información que no se haya divulgado previamente conforme a esta autorización. Doy fe de que la información proporcionada es precisa y exacta.

Firma

Fecha