

SOLICITUD PARA REVISIÓN POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE (IRO) INSTRUCCIONES

Este formulario es facilitado a usted porque su solicitud para tratamiento médico fue negado como no necesario. Ahora usted puede solicitar que su caso sea revisado por parte de alguien quien es totalmente independiente de su seguro médico o de su aseguradora.

Usted, su proveedor o alguien en nombre de usted puede entregar este formulario.

Antes de solicitar una revisión independiente, la ley obliga que primero se apelo su caso o que se solicite reconsideración de la negativa. Siguiendo son los límites de tiempo que aplican a una solicitud de apelación o de reconsideración. Para casos tocante a un/una:

- **seguro médico**, no hay límite de tiempo para solicitar una apelación
- póliza de **Compensación a Trabajadores Red No – Requerida** se obliga solicitar dentro de **15 días**
- póliza de **Compensación a Trabajadores Red Requerida** se obliga solicitar dentro de **30 días**

Excepciones:

- Si tiene una condición que amenaza contra la vida, y los servicios no fueron recibidos, no es obligado solicitar una apelación o reconsideración antes de solicitar la revisión independiente.
- Si usted es un empleado lesionado, y pago por los servicios de su bolsillo, no es obligado solicitar reconsideración antes de solicitar una revisión independiente.
- Si usted es un empleado lesionado, y los servicios fueron recibidos no se permite solicitar revisión independiente a menos que usted pague por los servicios.

Esto es lo que usted es obligado hacer para solicitar una revisión independiente de su caso:

- Complete el formulario adjunto (LHL009).
- Firme el formulario para que la IRO pueda recibir sus documentos médicos. **(No es requerido para casos de Compensación a Trabajadores)**
- Regrese lo a la compañía que envió la negativa lo más pronto posible. **(Para casos de Compensación a Trabajadores usted tiene solo 45 días para solicitar la IRO)** La dirección y/o el número fax son indicados en el fondo de el formulario o en las cartas de las negativas. **NO REGRESE ESTE FORMULARIO A EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.**

Cuando el Departamento de Seguros de Texas recibe el formulario que envía la compañía, se asigna su caso a una IRO. Usted recibirá una carta informándole de la IRO que fue asignada su caso.

La compañía IRO es obligada completar la revisión de su caso dentro de 20 días en casos que no amenazan contra la vida y dentro de 8 días en casos que amenazan contra la vida.

La compañía IRO le informará a usted de los resultados.

No le cuesta a usted para la revisión independiente. **(Excepción solamente para Compensación a Trabajadores Red Requerida: Un proveedor solicitando una IRO después que se ha negado un reclamo es obligado pagar la cuota de la IRO antes que se empiece la revisión de la IRO).**

COMPLETE ESTE FORMULARIO ESCRIBIENDO CON LETRA LEGIBLE CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

FORMULARIO DE SOLICITUD

SOLICITUD PARA REVISIÓN POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN INDEPENDIENTE (IRO, por sus siglas en inglés)

Fecha del día de hoy: Mes _____ Día _____ Año _____

Nombre del participante que solicita el IRO:

Apellido, Nombre, Inicial

**Relación con el paciente o empleado lesionado:
(indique uno)**

- Uno mismo
- Persona actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado
- Proveedor actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado
- Proveedor que recibió la negativa

RAZÓN POR LA SOLICITUD PARA REVISIÓN POR PARTE DE UN IRO

¿Amenaza contra la vida esta condición?

Indique uno:

Si No

(Esta pregunta no aplica si los servicios han sido recibidos)

¿Ha sido ordenada esta revisión por una corte?

Indique uno:

Si No

SERVICIOS NEGADOS

Describa los servicios de cuidados de salud que han sido negados (incluya fechas):

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE/ EMPLEADO LESIONADO

Número de Plan de Salud o Número de Identificación de Reclamo: _____

(Este número es usualmente encontrado en la tarjeta de identificación del plan de salud del paciente. El número identifica al paciente con la compañía de seguros. Escriba el número de reclamo de DWC para los casos de compensación para trabajadores.)

Fecha de nacimiento: (mes) _____ (día) _____ (año) _____ sexo _____

Fecha de lesión (si aplicable, solamente Compensación a Trabajadores): (m) _____ (d) _____ (a) _____

Número de Seguro Social _____ - _____ - _____

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Nombre Sufijo _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

ESTE FORMULARIO DEBE DEVOLVERSE A LA COMPAÑÍA QUE EFECTO LA NEGATIVA.

NO ENVIE ESTE FORMULARIO A EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.

COMPLETE ESTE FORMULARIO ESCRIBIENDO CON LETRA LEGIBLE CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

Teléfono: _____ - _____ Fax: _____ - _____

PROVEEDOR QUE RECIBIÓ LA NEGATIVA

Nombre _____

Número de Identificación de Impuestos Federales (Federal Tax Identification Number, por su nombre en inglés) _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ - _____ Fax: _____ - _____

PROVEEDOR ACTUANDO EN NOMBRE DEL PACIENTE/ EMPLEADO LESIONADO (SI ES QUE APLICA)

Nombre _____

Número de Identificación de Impuestos Federales (Federal Tax Identification Number, por su nombre en inglés) _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Teléfono: _____ - _____ Fax: _____ - _____

PERSONA ACTUANDO EN NOMBRE DEL PACIENTE/ EMPLEADO LESIONADO (SI ES QUE APLICA)

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Nombre sufijo _____

Relación con el paciente _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____

Número de teléfono: _____ - _____ Número de fax: _____ - _____

**ESTE FORMULARIO DEBE DEVOLVERSE A LA COMPAÑÍA QUE EFECTO LA NEGATIVA.
NO ENVIE ESTE FORMULARIO A EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.**

COMPLETE ESTE FORMULARIO ESCRIBIENDO CON LETRA LEGIBLE CON TINTA NEGRA O A MÁQUINA

Usted tiene derecho a saber sobre la información que el Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés) recopila sobre usted. Usted tiene el derecho de revisar o recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información privada. TDI puede ocultar alguna información por otras razones, además de la de proteger el derecho a su privacidad.

Usted tiene el derecho a solicitar que TDI corrija información que tenga sobre usted que no es correcta. Para mayor información, por favor comuníquese con la Sección de Asesoramiento de la Agencia, División de Gestiones Legales y de Cumplimiento (Agency Counsel Section of TDI's Legal & Compliance Division, por su nombre en inglés) al teléfono (512) 475-1757. Usted también puede visitar la sección de Correcciones y Procedimientos (Corrections & Prodcures Section, por su nombre en inglés) en la página de Internet de TDI en www.tdi.state.tx.us

ENTREGA (La entrega debe estar firmada por el paciente, o su tutor legal)

(ESTO NO ES REQUERIDO PARA CASOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES)

Yo, _____ (Escriba el apellido, nombre e inicial), el paciente, padre/ madre, o tutor legal del paciente (*circule uno*), autorizo a la Organización Independiente que llevará a cabo la Revisión, la entrega de todos los expedientes médicos necesarios y otros documentos que son relevantes para la revisión, y los cuales están en posesión de un Agente para Servicios de Revisión o algún médico, hospital, u otro proveedor de cuidados de salud.

Firmado _____ Fecha: (mes) _____ (día) _____ (año.) _____

Nota: Para tratamiento por dependencia química o salud mental, por favor muestre el nombre de los proveedores para los cuales aplica esta entrega:

REGRESE ESTE FORMULARIO A:

Nombre del Agente para Servicios de Revisión: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono gratuito: _____ Número de fax: _____

USTED PUEDE LLAMAR AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS AL 1-888-TDI-2IRO (1-888-834-2476) PARA OBTENER INFORMACIÓN SI USTED TIENE PREGUNTAS SOBRE EL PROCESO DE REVISIÓN INDEPENDIENTE.

**ESTE FORMULARIO DEBE DEVOLVERSE A LA COMPAÑÍA QUE EFECTÓ LA NEGATIVA.
NO ENVIE ESTE FORMULARIO A EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.**