



SOLICITUD DE REVISION MÉDICA INDEPENDIENTE

Si usted desea dar a alguien la autoridad para asistirlo en la presentación de esta Revisión Médica Independiente, por favor complete la Autorización para la Divulgación de Expedientes Médicos y la forma de Agente de Revisión Medical Independiente.

Nombre del Paciente:		
Padre/Tutor del Paciente, si la declaración es para un menor de edad:		
Fecha de Nacimiento del Paciente:	Genero del Paciente: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	
Dirección:		
Dirección de Correo Electrónico:	Teléfono durante el Día: ()	Teléfono Alternativo: ()

La siguiente información sólo se utiliza para las estadísticas. Proporcionar esta información es opcional y no afectará el proceso de revisión médica independiente

Idioma principal que se habla en su casa:
Para garantizar que todos los californianos tengan acceso a un seguro médico, por favor identifique su raza / etnicidad:

El nombre completo de la compañía de seguros involucrada:	
Número de la póliza o certificado:	Numero de reclamo:
Fecha(s) de los servicios médicos proporcionada (si aplicable):	
Su compañía de seguros dice que el tratamiento que desea es (marque uno) : <input type="checkbox"/> No es medicamento necesario <input type="checkbox"/> Experimental o de Investigación <input type="checkbox"/> Otro	
Si hay una amenaza inminente y grave para la salud del asegurado o reclamante, por favor verifique e indicar el diagnóstico: <input type="checkbox"/> Diagnóstico: _____	
Describe brevemente el servicio médico en disputa o gasto que desea que se refiera a la Organización Independiente de Revisión Médica y la lista de los médicos que le han tratado para esta condición. Use papel adicional si es necesario. _____ _____	

Solicito revisión médica independiente de mi disputa con la compañía de seguros, autorizo la divulgación de cualquier y todos mis registros médicos y la información, de cualquier tipo, de o perteneciente para el alcance de esta autorización, incluyendo, médico, mental, abuso de sustancias, el HIV registra, los informes de diagnóstico por imágenes, y cualquier otro tipo de registros que no sean documentario, también los registros y la informaciones pertinentes que no sean expedientes médicos. Esto autoriza la divulgación entre todos los proveedores de servicios médicos, el asegurador, el Departamento de Seguros de California y cualquier organización de revisión médica independiente. Lanzamiento y divulgación están autorizados únicamente en la medida en cualquiera de esas personas o entidades consideren apropiadas para un propósito consistente con la revisión de una queja con respecto a los servicios de salud. Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de abajo, excepto con respecto al uso interno del Departamento o de otro modo permitido por la ley. La expiración se aplicará a toda la información no publicada anteriormente en conformidad de la presente autorización. Esta autorización puede ser revocada o retirada en cualquier momento. La revocación o retiro se aplicarán a toda la información no divulgada anteriormente acuerdo con esta autorización. Atestiguo que la información proporcionada es exacta y veraz.

Por favor proporcione toda la documentación acreditativa que pueda haber en relación con este asunto.
 Copia de la tarjeta de identificación del asegurado del seguro - ambos lados.
 Copias de la correspondencia entre usted y la compañía de seguros, incluyendo todos los relacionados Explicación de Beneficios (EOB).

Tenga en cuenta que se le proporcionará una copia de la Solicitud de Revisión Médica Independiente y la documentación de apoyo a la compañía de seguros y la Organización de Revisión Médica Independiente.

Paciente(o Padre /Tutor si es Niño menor) Firma _____ Fecha _____



INFORMACION E INSTRUCCIONES CON RESPECTO A SU SOLICITUD PARA UNA REVISION MÉDICA INDEPENDIENTE

Antes de solicitar una revisión médica independiente con el Departamento de Seguros, usted está obligado a presentar primero una apelación/queja formal ante la compañía de seguros, en un esfuerzo para resolver el problema. Si usted no recibe una respuesta satisfactoria después de 30 días, luego complete el formulario de solicitud, adjunte copias de todos los documentos importantes que se relacionan con su queja y envíelo a la dirección indicada en el formulario de solicitud. También puede adjuntar hojas adicionales si es necesario para explicar y / o describir la situación y el desacuerdo con su compañía de seguros. Consideramos que esta información es necesaria para nuestra revisión y dentro de las facultades y obligaciones expresadas en el Código de Seguros de California, Sección 12921.3 y la Sección 10169. Por favor revise nuestra declaración de privacidad con respecto a la información que obtenemos de usted.

Usted tiene el derecho de proporcionar información o documentación que usted cree que va a apoyar su posición en esta revisión.

Usted puede revisar la información que proporcione en cualquier momento, mientras se mantenga el caso en el departamento. Todos los documentos originales serán devueltos al término de nuestro manejo.

SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE PUEDE SER PRESENTADO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS PARA LOS SIGUIENTES TIPOS DE PROBLEMAS:

1. Denegación de un reclamo debido a la opinión de la compañía que el tratamiento o servicio no es médicamente necesario o que es experimental y excluidos por una disposición de su póliza.
2. Una oferta de una cantidad menor indicada en la póliza debido a la opinión de la necesidad médica de la compañía.
3. El retraso en asentamiento de un reclamo por temas en disputa sobre la necesidad médica.
4. La denegación de una solicitud de servicios de urgencia o emergencia.

Bajo el proceso de Revisión Médica Independiente, uno o más médicos determinarán estos temas y su decisión será vinculante para la compañía de seguros.

Tenga en cuenta que se le proporcionará una copia de esta solicitud de revisión médica independiente a la compañía de seguros. También, por favor tenga en cuenta que:

- La decisión de no participar en el proceso de revisión independiente puede causar la pérdida de cualquier derecho legal de iniciar acciones legales contra el asegurador en relación con el servicio de atención médica en disputa.
- Su consentimiento para obtener cualquier registro médico necesario de la compañía de seguros, cualquiera de sus proveedores contratados, y cualquier proveedor fuera del plan médico, que su asegurado haya consultado al respecto, es necesario ser firmado por usted.
- Usted tiene el derecho de proporcionar información o documentación, ya sea directamente o a través de su proveedor, en relación con cualquiera de los siguientes:
- La recomendación del proveedor que indica que el servicio de atención médica en disputa es médicamente necesario para su condición médica.
- Información médica o justificación de que un servicio de atención médica en disputa, en una atención de urgencia o casos de emergencia, fue médicamente necesario para la condición médica del asegurado.
- Información razonable que respalde su posición de que el servicio de atención médica en disputa es o era médicamente necesario para la condición médica, incluyendo toda la información proporcionada a los asegurados por el asegurador o cualquiera de sus proveedores contratados, aún en posesión del asegurado, en relación con una compañía de seguros o decisión con respecto proveedor de servicios de atención médica en disputa, y una copia de la documentación presentada el asegurado al asegurador, todavía en poder del asegurado, en apoyo de la queja, también cualquier material adicional que el asegurado considere pertinente.

**STATE OF CALIFORNIA
DEPARTMENT OF INSURANCE**

**AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE REGISTROS MÉDICOS
Y DESIGNACIÓN DE UN AGENTE PARA UNA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE**

De acuerdo con la sección 10169(e), del Código de Seguros de California, el asegurado podrá designar a un agente para que actúe en su nombre para ayudar a los asegurados con el proceso de Revisión Médica Independiente. Si usted desea dar a otra persona la autoridad para ayudarle con su revisión médica independiente, complete las siguientes partes A y B.

A menos que usted desea designar a otra persona para ayudarle con el proceso de Revisión Médica Independiente, si usted es un padre o tutor legal que está presentando esta Revisión Médica Independiente para un niño menor de 18 años, no es necesario completar este formulario, pero debe completar la Solicitud para la Revisión Médica Independiente.

Si usted está presentando esta Revisión Médica Independiente o queja para un paciente que no puede completar este formulario porque el paciente es incompetente o incapacitado, y usted tiene la autoridad legal para actuar en nombre de este paciente, por favor complete solamente la Parte B. También, adjunte una copia del poder notarial para las decisiones del cuidado de la salud u otros documentos que dicen que usted puede tomar decisiones por el paciente.

PARTE A: Paciente/Asegurado:

Yo permito que la persona nombrada abajo en la Parte B que me ayude en mi Revisión Médica Independiente presentada ante el Departamento de Seguros de California. Autorizo el Departamento de Seguros de California y el personal de la Revisión Médica Independiente para compartir información acerca de mi condición médica(s) con la persona nombrada abajo. Esta información puede incluir el tratamiento de salud mental, tratamiento para el HIV o pruebas, el alcohol o el tratamiento de drogas, u otra información de cuidado de la salud. Entiendo que sólo la información relacionada con mi Revisión Médica Independiente o queja será compartida.

Mi aprobación de esta asistencia es voluntaria y no tengo el derecho de terminar con ella. Si quiero acabar con ella, debo hacerlo por escrito. Esta autorización expirará un año a partir de la fecha de abajo, excepto con respecto al uso interno del Departamento o de otro modo permitido por la ley.

Nombre de Paciente (Imprimir): _____

Firma de Paciente o Asegurado: _____ Fecha: _____

PARTE B: La Persona que Asiste al Paciente con la Revisión Médica Independiente

Nombre de la Persona que Asiste (Imprimir) _____

Firma de la Persona que Asiste _____

Dirección _____

Relación con Paciente _____

Número de teléfono durante el día # _____

Número de teléfono durante la noche # _____

Dirección de Correo Electrónico (si está disponible): _____

Mi poder legal para decisiones del cuidado de la salud u otros documentos legales se adjunta.



Aviso de Privacidad en la Colección de Información

Los Formularios de Solicitud de Asistencia

*** Este aviso se proporciona de conformidad con la Ley de Prácticas de Información de 1977 (Código Civil de California, Sección 1798.17) ***

Colección y Uso de la Información Personal

El Código de Seguros de California Secciones 12921 y 12921.1, y estatutos y reglamentos relacionados, dan el Departamento de Seguros de California (CDI) y la División de Servicios al Consumidor la autoridad para regular e investigar quejas de los consumidores. El Departamento de Seguro de California utiliza su información para dirigir las quejas presentadas a la atención del Departamento. Se recoge información sujeta a las limitaciones contenidas en la ley de Prácticas de Información de 1977, SAM de 5300, et seq., SIMM 5305, et seq. y otros aplicables leyes estatales y federal.

Proporcionar Información Personal es Voluntario

Usted no tiene que proporcionar la información personal solicitada. Sin embargo, si usted no desea proporcionar la información necesaria, es posible que no se pueda investigar su queja. Al proporcionar información o documentos, no incluya información personales que no están solicitado, como números de Seguro Social, números de licencia de conducir, información innecesaria relacionada con la salud y tarjeta de crédito o información financiera.

Posibilidad de Divulgación de Información Personal

Podemos compartir su información personal con el titular del seguro y en el caso de una Revisión Médica Independiente con la Organización de Revisión Médica Independiente. También podemos compartir su información con otras agencias del gobierno como lo requiere la ley.

Acceso a Su Información

Usted tiene el derecho a acceder a los registros que contienen su información personal que están mantenido por el Departamento de Seguros de California. Para solicitar el acceso, póngase en contacto con: CDI Privacy Officer, Legal Division, Government Law Bureau, 300 Capitol Mall, Suite 1700, Sacramento, CA 95814, (916) 492-3500.

Departamento de Póliza de Privacidad

El Departamento de Seguros de California ha desarrollado pólizas con respecto a la privacidad de su información. Se puede ver visitando nuestro sitio web en www.insurance.ca.gov/privacy-policy.