



## TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

Financial Regulation Division - Managed Care Quality Assurance (103-6A)

333 Guadalupe, Austin, Texas 78701 \* PO Box 149104, Austin, Texas 78714-9104  
(512) 676-6400 | F: (512) 490-1013 | (866) 554-4926 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

### SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE (INDEPENDENT REVIEW ORGANIZATION –IRO, por su nombre y siglas en inglés) INSTRUCCIONES

#### (NO REGRESE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS)

#### Instrucciones para el Paciente, Persona que Actúa en Nombre del Paciente o Representante del Paciente/Empleado, y Proveedor:

Este formulario se le ha proporcionado a usted debido a que su solicitud para obtener servicios de cuidados de salud ha sido denegada debido a que se ha considerado que dichos servicios no son médicamente necesarios. Ahora usted puede solicitar que su caso sea revisado por parte de un proveedor de servicios médicos que sea totalmente independiente de su plan de salud o de su aseguradora (compañía). Esto es llamado una revisión independiente por parte de una Organización de Revisión Independiente o una "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 en su caso, usted debe tomar las siguientes medidas:

- 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 ESTÁ DENEGANDO SU SOLICITUD PARA LOS SERVICIOS DE LOS CUIDADOS DE SALUD. (Para los casos de Compensación para Trabajadores, usted debe regresar este formulario dentro del lapso de tiempo de 45 días calendario).
  - Instrucciones para la Aseguradora: Complete la Sección "Compañía o Agente para la Revisión de Utilización (Utilization Review Agent –URA, por su nombre y siglas en inglés) que ha Denegado los Servicios" en la página 4.
  - Nota para los pacientes: La dirección y/o número de fax de la compañía puede ser encontrado en la carta de rechazo (denial letter, por su nombre en inglés).

La compañía enviará su solicitud para una revisión independiente a TDI. Una vez que TDI recibe la solicitud de la compañía, TDI asignará su caso a una IRO. Usted recibirá una carta de parte de TDI donde se identificará la IRO a la que su caso ha sido asignado. Los límites de tiempo para que una IRO emita una decisión son los siguientes:

| Tipos de Cobertura   | Salud   | Red de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Network –WCN, por su nombre y siglas en inglés) | Compensación para Trabajadores Fuera de la Red (Workers' Compensation Non-Network –WC, por su nombre y siglas en inglés) |
|--|---------|--|--|
| Pone en Peligro la Vida  | 3 días  | 8 días   | 8 días   |
| Denegación de Medicamentos con Receta o Infusiones Intravenosas – Concurrente                                  | 3 días  | 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.)

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.**

| <b>FORMULARIO DE SOLICITUD</b><br><b>SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE</b>   |  |
|--|--|
| Fecha del Día de Hoy:    Mes _____ Día _____ Año _____   |  |
| <b>Nombre del Participante que Solicita la IRO:</b><br><br>_____<br><b>Escriba en Letra de Molde su Apellido, Nombre, e Inicial</b>  | <b>Relación con el Paciente o Empleado Lesionado:</b><br><b>(Indique uno)</b><br><input type="checkbox"/> Sí mismo (complete la página 3, sección A)<br><input type="checkbox"/> Persona que está actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado (complete la página 3, secciones A y C)<br><input type="checkbox"/> Proveedor que está actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado (complete la página 3, secciones A y B)<br><input type="checkbox"/> Proveedor que recibió la negativa (complete la página 3, sección A)<br><input type="checkbox"/> Sub-reclamante (solamente Compensación para Trabajadores) (complete la página 3, secciones A y C) |
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UNA IRO</b>   |  |
| <b>APLICA A LOS CASOS DE SALUD Y COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:</b><br><br>¿Pone en peligro la vida esta condición?<br>Indique uno:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>(Esta pregunta no aplica si los servicios ya han sido recibidos)<br><br>¿Ha sido ordenada la revisión por un tribunal?<br>Indique uno:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <b>APLICA SOLAMENTE A LOS CASOS DE SALUD:</b><br>¿Se trata de una denegación de medicamentos con receta o infusiones intravenosas por la cual usted ya está recibiendo beneficios?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br>¿Se trata de una denegación de la solicitud para la excepción del protocolo para una terapia en etapas/pasos?<br>Indique uno:<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  |
| <b>SERVICIOS DENEGADOS</b>   |  |
| Describa los servicios de cuidados de salud que han sido denegados (incluya las fechas solamente si los servicios ya han sido realizados):<br>_____  |  |
| <b>INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO</b>  |  |
| Número de Plan de Salud o Número de Identificación de la Reclamación: _____<br><i>(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.)</i>   |  |
| Fecha de nacimiento: (mes) _____ (día) _____ (año) _____                      Sexo _____   |  |
| Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Nombre Sufijo _____   |  |
| Calle _____  |  |
| Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____  |  |
| Teléfono: _____ - _____                      Fax: _____ - _____  |  |

REGRESE ESTE FORMULARIO A LA COMPAÑÍA QUE ESTÁ DENEGANDO SU SOLICITUD  
 PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD.  
 (NO REGRESE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.)

**A. 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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**B. PROVEEDOR QUE ESTÁ 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 \_\_\_\_\_

Número de Teléfono: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**C. PERSONA QUE ESTÁ 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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**REGRESE ESTE FORMULARIO A LA COMPAÑÍA QUE ESTÁ DENEGANDO SU SOLICITUD PARA LOS  
SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD.  
(NO REGRESE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.)**

**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 en letra de molde el apellido, nombre e inicial), el paciente, padre/madre, o tutor legal del paciente (*circule 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.

Firmado \_\_\_\_\_ Fecha: (mes) \_\_\_\_\_ (día) \_\_\_\_\_ (año) \_\_\_\_\_

**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)

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Número de Teléfono Gratuito: \_\_\_\_\_ Número de Fax: \_\_\_\_\_

La persona que solicita la revisión independiente debe enviar este formulario a la empresa, según se indica en esta sección. (No envíe este formulario a TDI.)

**AVISO SOBRE CIERTA INFORMACIÓN, LEYES Y PRÁCTICAS**

*Con pocas excepciones, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que el Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés) reúne sobre usted. Bajo las Secciones 552.021 y 552.023 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a revisar o recibir copias de la información sobre usted, incluyendo información que es privada. Sin embargo, es posible que TDI no dé a conocer la información por razones diferentes a las de proteger su derecho a la privacidad. Bajo la Sección 559.004 del Código Gubernamental de Texas, usted tiene derecho a solicitar que TDI corrija la información incorrecta que TDI tiene sobre usted. Para obtener más información sobre el procedimiento y los costos para obtener información de TDI o sobre el procedimiento para corregir información que mantiene TDI, por favor comuníquese con la Sección de Asesoría de la Agencia de la División de Asesoría General de TDI al (512) 676-6551 o visite la sección para el Procedimiento de Correcciones en el sitio web de TDI en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).*

**PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE REVISIÓN INDEPENDIENTE, POR FAVOR LLAME AL 1-866-554-4926, OPCIÓN 7.**

**REGRESE ESTE FORMULARIO A LA COMPAÑÍA QUE ESTÁ DENEGANDO SU SOLICITUD  
PARA LOS SERVICIOS DE CUIDADOS DE SALUD.  
(NO REGRESE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS.)**