



DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS

División de Regulación Financiera - Control de Calidad de la Atención Administrada (103-6A)
 A Guadalupe, Austin, Texas 78701 * P.O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104
 V y (512) 676-6400 | f (512) 490-1013 - (866) 554-4926 - TDI.texas.gov | @TexasTDI

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

(NO ENVÍE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS)

Instrucciones para el paciente, el representante o la persona que actúa en nombre del paciente/empleado y el proveedor:

Se le proporciona este formulario porque su compañía de seguros ha denegado su solicitud de servicios de atención médica por considerar que no existe una necesidad médica. Ahora puede solicitar que su caso sea revisado por un proveedor de atención médica que sea totalmente independiente de su plan de salud o compañía de seguros (compañía). Esto se denomina revisión independiente por parte de una Organización de Revisión Independiente o "IRO". Usted, su proveedor de atención médica, su representante o alguien que actúe en su nombre pueden presentar este formulario.

Para solicitar una revisión independiente de su caso, debe tomar las siguientes medidas:

- Complete el formulario de solicitud de revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente (formulario del TDI LHL009).
- Firme el formulario para que la IRO pueda recibir su historia clínica. (No es necesaria una firma para los casos de Compensación de trabajadores).
 ENVÍE EL FORMULARIO COMPLETO A LA COMPAÑÍA QUE DENIEGA SU SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA LO ANTES POSIBLE. (Para los casos de Compensación de trabajadores, debe enviar este formulario dentro de los 45 días calendario).
 o Instrucciones para la compañía de seguros: complete la sección "Compañía o URA que denegó los servicios" en la página 4.
 o Nota para los pacientes: La dirección y/o el número de fax de la compañía se pueden encontrar en la carta de denegación.

La compañía enviará su solicitud de revisión independiente al TDI. Una vez que el TDI reciba la solicitud de la compañía, el TDI asignará su caso a una IRO. Recibirá una carta del TDI que identifica la IRO a la que se le ha asignado su caso. Los plazos para que la IRO tome una decisión son los siguientes:

Tipos de cobertura	Salud	Red de Compensación de trabajadores (WCN)	Compensación de trabajadores fuera de la red (WC)
Afección médica potencialmente mortal	3 días	8 días	8 días
Denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas - Concurrente	3 días	N/A	N/A
Denegación de una solicitud de excepción a un protocolo de terapia escalonada con medicamentos recetados - Autorización previa	3 días	N/A	N/A
Afección médica NO potencialmente mortal Autorización previa/Concurrente	20 días	20 días	20 días
Retrospectivo	20 días	30 días desde la recepción del cargo de la IRO*	30 días desde la recepción del cargo de la IRO**

*La compañía de seguros paga el cargo.

**El solicitante paga el cargo. (Sin embargo, si el solicitante es un empleado lesionado, la compañía de seguros paga el cargo).

La revisión independiente se hará sin costo alguno para usted. **Excepción únicamente para Compensación de trabajadores fuera de la red:**

un proveedor de atención médica que solicite una revisión independiente y retrospectiva deberá pagar el cargo de la IRO antes de que la IRO comience su revisión. Sin embargo, si la IRO se encuentra a favor del proveedor de atención médica, la compañía de seguros le reembolsará al proveedor de atención médica el monto del cargo de la IRO.

**FORMULARIO DE SOLICITUD
SOLICITUD DE REVISIÓN POR UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE**

Fecha de hoy: Mes _____ Día _____ Año _____

Nombre de la parte que solicita la revisión independiente:

Apellido, nombre y segundo nombre en letra imprenta

**Relación con el paciente o empleado lesionado:
(Marque una casilla)**

- ☐ Paciente o empleado (complete la página 3, elemento A)
☐ Persona que actúa en nombre del paciente o empleado lesionado (complete la página 3, elementos A y C)
☐ Proveedor que actúa en nombre del paciente o empleado lesionado (complete la página 3, elementos A y B)
☐ Proveedor que recibió la denegación (complete la página 3, elemento A)
☐ Subdemandante (solo para Compensación de trabajadores) (complete la página 3, elementos A y C)

MOTIVO DE SOLICITUD DE REVISIÓN POR PARTE DE UNA IRO

SE APLICA A LOS CASOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES Y DE SALUD:

¿Se trata de una afección médica potencialmente mortal?
Marque una casilla:

☐ Sí ☐ No

(Esta pregunta no se aplica si se han recibido servicios).

¿La revisión fue ordenada por parte de un tribunal?
Marque una casilla:

☐ Sí ☐ No

SE APLICA SOLO A CASOS DE SALUD:

¿Se trata de una denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas con los cuales ya está recibiendo beneficios? Marque una casilla:

☐ Sí ☐ No

¿Se trata de una denegación de una solicitud de excepción a un protocolo de terapia escalonada con medicamentos recetados?
Marque una casilla:

☐ Sí ☐ No

SERVICIOS DENEGADOS

Describa los servicios de atención médica que se están denegando (incluya fechas solo si se han brindado los servicios):

INFORMACIÓN DEL PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO

Número de identificación de la reclamación o el plan de salud: _____

(Este número generalmente se encuentra en la tarjeta de identificación del paciente para los planes de salud. El número identifica al paciente con la compañía de seguros. Ingrese el número de reclamación de DWC para los casos

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

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ - _____ Fax _____ - _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO A LA COMPAÑÍA QUE DENIEGA SU SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. (NO ENVÍE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS).

A. PROVEEDOR QUE RECIBIÓ LA DENEGACIÓN

Nombre _____

Número de identificación fiscal federal _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Teléfono _____ - _____ Fax _____ - _____

B. PROVEEDOR QUE ACTÚA EN NOMBRE DEL PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO, SI CORRESPONDE

Nombre _____

Número de identificación fiscal federal _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

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

C. PERSONA QUE ACTÚA EN NOMBRE DEL PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO, SI CORRESPONDE

Nombre _____ Segundo nombre _____ Apellido _____ Sufijo _____

Relación con el paciente _____

Calle _____

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Número de teléfono ____ - _____ Número de fax ____ - _____

ENVÍE ESTE FORMULARIO A LA COMPAÑÍA QUE DENIEGA SU SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. (NO ENVÍE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS).

DIVULGACIÓN

**(La divulgación debe ser firmada por el paciente, sus padres o tutores legales).
(NO ES NECESARIA PARA LOS CASOS DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES)**

Yo, _____ (Apellido, nombre y segundo nombre en letra imprenta), el paciente, los padres
o el tutor legal del paciente (**marque con un círculo una opción**), autorizo la divulgación a la Organización de Revisión Independiente de todas las historias clínicas necesarias y otros documentos que sean relevantes para la revisión y que estén en posesión del agente de Revisión de utilización o cualquier médico, hospital u otro proveedor de atención médica.

Firma _____ Fecha: (mes) ____ (día) ____ (año) ____

Nota: Para el tratamiento de la salud mental o la dependencia química, enumere los proveedores a los que se les aplica esta divulgación:

COMPAÑÍA O AGENTE DE REVISIÓN DE UTILIZACIÓN QUE DENEGÓ LOS SERVICIOS

(Esta sección debe ser completada SOLO 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 compañía de la manera en que se indica en esta sección. (No envíe este formulario al TDI).

AVISO SOBRE CIERTAS PRÁCTICAS Y LEYES SOBRE INFORMACIÓN

Con algunas excepciones, tiene derecho a recibir información sobre la información que el Departamento de Seguros de Texas (TDI) recopila sobre usted. Según las secciones 552.021 y 552.023 del Código del Gobierno de Texas, tiene derecho a revisar o recibir copias de su información, incluida la información privada. Sin embargo, el TDI puede retener información por otros motivos que no sean para proteger su derecho a la privacidad. Según la sección 559.004 del Código del Gobierno de Texas, tiene derecho a solicitar que el TDI corrija la información incorrecta que tiene sobre usted. Para obtener más información sobre el procedimiento y los costos para obtener información del TDI o sobre el procedimiento para corregir la información mantenida por el TDI, comuníquese con la Sección de Asesores de la Agencia de la División de Asesores Generales del TDT al (512) 676-6551 o visite la sección de Procedimiento de correcciones en el

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

ENVÍE ESTE FORMULARIO A LA COMPAÑÍA QUE DENIEGA SU SOLICITUD DE SERVICIOS DE ATENCIÓN MÉDICA. (NO ENVÍE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS).

Derechos de apelación de los miembros (mercado)

Usted recibió un Aviso de determinación adversa. Esto significa que Community ha:

- denegado o reducido la autorización de un servicio.

Proceso de apelación estándar

Usted tiene derecho a apelar una determinación adversa. Su proveedor u otra persona que elija como su representante también pueden presentar la apelación. Tiene 180 días a partir de la fecha de la determinación adversa para hacerlo. Puede presentar la apelación verbalmente o por escrito. Envíe su apelación a:

Community Health Choice, Inc.
Attention: Appeals Coordinator
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054
713-295-6704 o 1-855-315-5386

O envíela por fax a: 713-295-7033; Attn: Appeals Coordinator

Durante el proceso de apelación

Si se encuentra hospitalizado, le informaremos que hemos recibido su apelación en un plazo de 24 horas. La notificación se enviará por teléfono o por transmisión electrónica. Si no está hospitalizado, se le enviará una notificación por escrito en un plazo de cinco (5) días hábiles. Es posible que Community necesite más información que nos ayude con su apelación. La carta incluirá una lista de documentos que usted, su representante o proveedor deben enviar a Community para la apelación. Tiene derecho a darnos información que respalde su apelación. Puede revisar cualquier información que utilicemos para tomar nuestra decisión.

Community hará que una persona revise la apelación para asegurarse de tener toda la información requerida. También le solicitará a un médico que revise su apelación. Este médico estará capacitado en el tratamiento de su tipo de enfermedad y no participará en la decisión original.

Respuesta a su apelación estándar

Community le enviará una respuesta a su apelación dentro de los 30 días calendario después de recibirla. La respuesta por escrito incluirá:

- Motivos de la decisión de apelación
- Fundamento clínico de la decisión
- Tipos de médicos que evaluaron la apelación, incluida la especialidad
- Su derecho a solicitar una revisión por parte de la Organización de Revisión Independiente (IRO) del Departamento de Seguros de Texas y cómo hacerlo
- Su derecho a solicitar una copia de las pautas utilizadas para tomar la decisión (a menos que se haya determinado que el servicio de cuidado de la salud proporcionado o propuesto no esté cubierto por motivos distintos de los de una determinación adversa; por ejemplo, se trata de un beneficio que no está cubierto o está expresamente excluido).

Tiene derecho a un acceso razonable y a recibir copias de toda la documentación a pedido.

Su proveedor tiene derecho a solicitar una revisión de un especialista dentro de los diez (10) días de haber tomado nuestra decisión.

Proceso de apelación acelerada

Tiene derecho a solicitar una apelación acelerada. Este tipo de apelación se refiere a emergencias, hospitalizaciones continuadas y afecciones potencialmente mortales. Puede solicitar una apelación acelerada, ya sea oralmente o por escrito. Community resolverá su apelación acelerada a más tardar 1 día hábil a partir de la fecha en que se reciba toda la información necesaria para completar la apelación. Es posible que Community dé a conocer la determinación de apelación por teléfono o por transmisión electrónica, pero usted recibirá una carta dentro de los tres días hábiles de la notificación inicial.

Denegación de la apelación - Revisión por parte de una IRO

Si Community rechaza su solicitud de servicios luego de que usted haya agotado el proceso de apelación interno de Community Health Choice, tiene derecho a una revisión de su apelación por parte de una Organización de Revisión Independiente (IRO) (a menos que se haya determinado que el servicio de cuidado de la salud proporcionado o propuesto no esté cubierto por motivos distintos de los de una determinación adversa; por ejemplo, si se trata de un beneficio que no está cubierto o está expresamente excluido). Una revisión independiente significa que alguien que no es empleado de Community revisará su solicitud de servicios. Si su caso involucra afecciones urgentes o potencialmente mortales, tendrá derecho a una apelación inmediata con una IRO sin tener que pasar por el proceso de apelación interno de Community. Junto con la carta de respuesta a la apelación, Community le enviará información sobre cómo solicitar una IRO y un formulario de solicitud.

Determinaciones adversas retrospectivas

Las determinaciones adversas relacionadas con las revisiones retrospectivas se tomarán dentro de un período razonable que no excederá los 30 días después de recibir la reclamación. La determinación se enviará por escrito al proveedor de cuidado médico, afiliado o persona que actúe en nombre del afiliado.

Proceso para presentar quejas

Si desea presentar una queja, envíela a:

Community Health Choice, Inc.
Attention: Service Improvement
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054
713-295-6704, 1.855-315-5386 (llamadas sin cargo), 771 (TTY)
O envíela por fax a: 713-295-7034/Attn: Service improvement

Community responderá las quejas dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción.

También puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas:

Texas Department of Insurance
P.O. Box 149091
Austin, TX 78714-9091
1-800-252-3439
Fax: 512-490-1007
Sitio web: www.tdi.texas.gov

FORMULARIO DE APELACIÓN PARA MIEMBROS (mercado)

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número del miembro: _ _____

Indique el tipo de apelación:

____ Apelación estándar _____ Apelación acelerada _____ Estándar de revisión de la IRO

____ Revisión de la IRO para afecciones médicas urgentes o potencialmente mortales

Describa brevemente su apelación:

Firma

Fecha

Envíe este formulario a la siguiente dirección:

Community Health Choice, Inc.
Attention: Appeals Coordinator
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054
713-295-6704 o 1-855-315-5386 o TTY 711

O envíelo por fax a: 713-295-7033/Attn: Appeals Coordinator

No es necesario que nos envíe el formulario completo, pero le recomendamos que lo haga, ya que nos ayudará a resolver su apelación.

FORMULARIO DE APELACIÓN PARA EL MIEMBRO (Mercado)

Nombre del miembro: _____

Dirección: _____

Ciudad, estado y
código postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de miembro: _____

Esta es una:

_____ Apelación estándar _____ Apelación acelerada _____ Revisión estándar de
una IRO
_____ Revisión de una IRO para enfermedades urgentes o potencialmente mortales

Describa brevemente su apelación:

Firma

Fecha

Envíe el formulario a la siguiente dirección:

Community Health Choice, Inc.
Attention: Appeals Coordinator
2636 South Loop West, Suite 125
Houston, Texas 77054

713-295-6704 o gratis al 1-855-315-5386 o TTY 711

Para fax: 713-295-7033/Attn: Appeals Coordinator

No está obligado a devolverlo completo, pero lo instamos a que lo haga porque de esta forma nos ayudará a resolver su apelación.



División de Regulación Financiera - Control de Calidad de la Atención Administrada (103-6A)
A Guadalupe, Austin, Texas 78701 * P.O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104
V y (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)
INSTRUCCIONES**

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

Instrucciones para el paciente, la persona que actúa en nombre del paciente o el 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, debe regresar este formulario dentro del lapso de tiempo de 45 días calendario).

o Instrucciones para la aseguradora: complete la Sección "Compañía o agente para la Revisión de utilización (Utilization Review Agent, URA) que ha denegado los servicios" en la página 4.

o Nota para los pacientes: La dirección y/o número de fax de la compañía se pueden encontrar en la carta de rechazo (Denial letter).

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)	Compensación para trabajadores fuera de la red (Workers' Compensation Non-Network, WC)
Pone en peligro la vida	3 días	8 días	8 días
Denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas - Concurrente	3 días	N/A	N/A
Denegación de la solicitud para la excepción del protocolo para una terapia en etapas/pasos - Autorización previa	3 días	N/A	N/A
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 de que la IRO comience su revisión. Sin embargo, si la IRO falla a favor del proveedor de servicios médicos, este será reembolsado por la aseguradora la cantidad de los honorarios de la IRO.**

FORMULARIO DE SOLICITUD**SOLICITUD PARA UNA REVISIÓN POR PARTE DE UNA ORGANIZACIÓN DE REVISIÓN INDEPENDIENTE**

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

Nombre del participante que solicita la IRO:**Escriba en letra de molde su apellido, nombre e Inicial del segundo nombre****Relación con el paciente o empleado lesionado: (indique uno)**

- ☐ Sí mismo (complete la página 3, sección A)
- ☐ Persona que está actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado (complete la página 3, secciones A y C)
- ☐ Proveedor que está actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado (complete la página 3, secciones A y B)
- ☐ Proveedor que recibió la negativa (complete la página 3, sección

RAZÓN DE LA SOLICITUD PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UNA IRO

APLICA A LOS CASOS DE SALUD Y COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES:

¿Pone en peligro la vida esta condición? Indique uno:
☐ Sí ☐ No
(Esta pregunta no aplica si los servicios ya han sido recibidos).

¿Ha sido ordenada la revisión por un tribunal? Indique uno:
☐ Sí ☐ No

APLICA SOLAMENTE A LOS CASOS DE SALUD:

¿Se trata de una denegación de medicamentos recetados o infusiones intravenosas por la cual usted ya está recibiendo beneficios?

☐ Sí ☐ No

¿Se trata de una denegación de la solicitud para la excepción del protocolo para una terapia en etapas/pasos?

Indique uno:

☐ Sí ☐ No

SERVICIOS DENEGADOS

Describa los servicios de cuidados de salud que han sido denegados (incluya las fechas solamente si los servicios ya han sido realizados):

INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE/EMPLEADO LESIONADO

Número de plan de salud o número de identificación de la reclamación: _____
(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).

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)

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)

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 del segundo nombre), el paciente,
padre/madre, o tutor legal del paciente (*realice un círculo en 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) 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 su información, 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.

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).

Asistencia con el idioma

La ley federal exige a Community Health Choice, Inc. proporcionar la siguiente información.

1. Árabe	هذا الإشعار لديها معلومات هامة. هذا الإشعار لديه معلومات هامة عن طلبك في التغطية من خلال اختيار نسخة المجتمع. ليست عن التواريخ الرئيسية في هذا الإشعار قد تحتاج إلى اتخاذ إجراءات من قبل بعض المواعيد النهائية للحفاظ على التغطية الصحية الخاصة بك أو مساعدة مع التكيف. لتوك الحق في الحصول على هذه المعلومات والمساعدة في اتخاذ نون أي تكلفة. استدعاء 1.855.315.5386
2. Chino	本通知有重要信息。本通知包含關於您透過Community Health Choice提交的申請或保險的重要訊息。請留意本通知內的 重要日期。您可能需要在截止日期之前採取行動，以保留您的健康保險或費用補貼。您有權免費以您的母語得到本訊息和 幫助。請撥電話1.855.315.5386。
3. Inglés	This Notice has Important Information. This notice has important information about your application or coverage through Community Health Choice. Look for key dates in this notice. You may need to take action by certain deadlines to keep your health coverage or help with costs. You have the right to get this information and help in your language at no cost. Call 1.855.315.5386
4. Francés	Cet avis contient des informations importantes. Cet avis contient des renseignements importants sur votre demande ou votre couverture par l'entremise de Community Health Choice. Cherchez les dates clés dans cet avis. Vous devrez peut-être prendre des mesures à certaines dates pour conserver votre couverture santé ou vous aider avec les coûts. Vous avez le droit d'obtenir ces informations et d'aider dans votre langue sans frais. Appeler le 1.855.315.5386
5. Alemán	Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen. Diese Mitteilung enthält wichtige Informationen zu Ihrem Antrag auf Krankenversicherung bzw. Ihren Versicherungsschutz mit Community Health Choice. Achten Sie auf wichtige Termine in dieser Mitteilung. Eventuell müssen Sie zu bestimmten Stichtagen Maßnahmen ergreifen, um die Beibehaltung Ihres Versicherungsschutzes bzw. finanzieller Unterstützung zu gewährleisten. Sie haben ein Recht auf die kostenfreie Bereitstellung dieser Informationen und weiterer Unterstützung in Ihrer Sprache. Rufen Sie an unter 1.855.315.5386.
6. Gujarati	આ નોટિસ મહત્વનું માહિતી છે. આ નોટિસ તમારી Community Health Choice અરજી અથવા કવરેજ સમુદાય આરોગ્ય ચીઇસ દ્વારા વિશે મહત્વની જાણકારી ધરાવે છે. આ નોટિસ કી તારીખો માટે જુઓ. તમે તમારા આરોગ્ય કવરેજ રાખવા અથવા ખર્ચ સાથે મદદ કરવા માટે અમુક ચીક્સ મુદતો દ્વારા પગલાં લેવાની જરૂર પડી શકે છે. તમે કોઇ પણ ખર્ચ તમારી ભાષામાં આ જાણકારી અને મદદ મેળવવા માટે અધિકાર છે. 1.855.315.5386 કોલ કરો.
7. Hindi	इस सचनाम महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सचनाम आपके आवदन या Community Health Choice द्वारा कवरज के बारे में महत्वपूर्ण जानकारी है। इस सचना में महत्वपूर्ण तारीखें= के=लए खोजिए। आप अपने DVA/DEपक कवरज रखने के=लए या लागत के मदद के=लए Gनिभचत समय सीमासे कारवाई करना जरत हो सकती है। आपको अपनी भाषा में इस जानकारी और सहायता Gनशरक सोत करने का अण्यकार है। 1.855.315.5386बलाइय।
8. Japonés	この通知には必要な情報が含まれています。この通知にはCommunity Health Choiceの申請または補償範囲に関する重要な情報が含まれています。この通知に記載されている重要な日付をご確認ください。健康保険や有料サポートを維持するには、特定の期日までに行動を取らなければならない場合があります。ご希望の言語による情報とサポートが無料で提供されます。1.855.315.5386までお電話ください。
9. Coreano	이 통지서는 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서는 Community Health Choice를 통한 귀하의 신청이나 보험보장에 대해 중요한 정보를 담고 있습니다. 이 통지서에서 주요 날짜를 확인하십시오. 귀하의 건강보험 보장을 유지하거나 비용에서 도움을 받기 위해서는 일정한 마감일까지 조치를 취해야 할 수 있습니다. 귀하에게는, 이러한 정보를 받고 무료로 귀하의 언어로 도움을 받을 권리가 있습니다. 1.855.315.5386로 연락하십시오.

Declaración de no discriminación Community Health Choice, Inc. cumple con las leyes federales aplicables sobre derechos civiles y no discrimina por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. no excluye a las personas ni las trata de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Community Health Choice, Inc. proporciona asistencia y servicios gratuitos a personas con discapacidad para comunicarse eficazmente con nosotros, tales como intérpretes calificados del lenguaje de señas e información por escrito en otros formatos (letras grandes, audio, formatos electrónicos accesibles y otros). Community Health Choice, Inc. brinda servicios de idioma gratuitos a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tal como intérpretes calificados e información por escrito en otros idiomas. Si necesita estos servicios, comuníquese con el Centro de Atención al Cliente de Community Health Choice, Inc. al 1-855-315-5386. Si considera que Community Health Choice, Inc. no le ha provisto estos servicios o que ha sido discriminado de alguna otra manera por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede presentar una queja.

Si necesita ayuda para presentar una queja, Pamela Hellstrom, vicepresidenta del área de Administración de Riesgos y Cumplimiento Corporativo, estará a su disposición para ayudarlo. Puede presentar una queja al Departamento de Mejora de Servicios, ya sea en persona, por correo postal, fax o correo electrónico:

Pamela Hellstrom, vicepresidenta del área de Administración de Riesgos y Cumplimiento Corporativo, 2636 South Loop West, Suite 125 Houston, Texas 77054

Teléfono: 713-295-6704

Correo electrónico: Marketplace_Grievances@communitycares.com

También puede presentar una queja relacionada con derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services). La queja puede presentarse por medios electrónicos a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo electrónico o teléfono a:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos ,200 Independence Avenue, SW Room 509F,
HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)