



## 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

## NO REGRESE ESTE FORMULARIO A TDI

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

#### Instrucciones para el Paciente, Persona que Actúe 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 ya que ha sido 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. 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, 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 le envió la carta de rechazo (denial letter, por su nombre en inglés). La dirección de la compañía y/o el número de fax son mostrados ya sea en la página número cuatro de este formulario o en las cartas de rechazo. **NO ENVÍE ESTE FORMULARIO AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS** (Texas Department of Insurance -TDI, por su nombre y siglas en inglés). (Para los casos de Compensación para Trabajadores, usted debe regresar este formulario – para solicitar una IRO – dentro del lapso de tiempo de 45 días calendario).

La compañía enviará su solicitud para una revisión independiente a TDI. Una vez que TDI reciba el formulario 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                                                                                                                        |

|                                                            |         |                                                                       |                                                                        |
|------------------------------------------------------------|---------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|
| No Pone en Peligro la Vida<br>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 un empleado lesionado, la aseguradora paga el honorario.)

**Instrucciones para el URA/Aseguradora:**

APLICA SOLAMENTE EN CASOS DE SALUD: La entidad que está presentando esta solicitud ante TDI debe indicar en la documentación que se trata de una denegación de medicamentos con receta o infusiones intravenosas para el cual la persona inscrita ya está recibiendo beneficios.

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.**

Para obtener información sobre el proceso de revisión independiente, por favor llame a TDI al 1-866-554-4926, Opción 7.

**ESTE FORMULARIO DEBE REGRESARSE A LA COMPAÑÍA QUE EMITIÓ LA NEGATIVA.  
NO REGRESE ESTE FORMULARIO A TDI.**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <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<br><input type="checkbox"/> Persona que está actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado<br><input type="checkbox"/> Proveedor que está actuando en nombre del paciente o del empleado lesionado<br><input type="checkbox"/> Proveedor que recibió la negativa<br><input type="checkbox"/> Sub-reclamante (solamente Compensación para Trabajadores) |
| <b>RAZÓN DE LA SOLICITUD PARA LA REVISIÓN POR PARTE DE UNA IRO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| ¿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)                                                                                                                                                        | ¿Es esta 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>(Esta pregunta no aplica en los casos de compensación para trabajadores)                                                                                                                                                                                                                 |
| ¿Ha sido ordenada esta revisión por una corte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| <b>SERVICIOS DENEADOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Describa los servicios de cuidados de salud que han sido denegados (incluya las fechas solamente si los servicios ya han realizados):<br><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 _____                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Número de Seguro Social _____ - _____ - _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Nombre _____ Segundo Nombre _____ Apellido _____ Nombre Sufijo _____                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Calle _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Ciudad _____ Estado _____ Código Postal _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Teléfono: _____ - _____      Fax: _____ - _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |

ESTE FORMULARIO DEBE REGRESARSE A LA COMPAÑÍA QUE EMITIÓ LA  
 NEGATIVA.  
 NO REGRESE ESTE FORMULARIO A TDI.

**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 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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**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: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**ESTE FORMULARIO DEBE REGRESARSE A LA COMPAÑÍA QUE EMITIÓ LA  
NEGATIVA.  
NO REGRESE ESTE FORMULARIO A TDI.**

**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 (Utilization Review Agent, por su nombre en inglés) 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, indique el nombre de los proveedores para los cuales aplica este acuerdo:**

---

---

---

---

**REGRESE ESTE FORMULARIO A LA ASEGURADORA/PAGADOR O AGENTE PARA LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN**

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

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

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

**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 de 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 visite [la sección para el Procedimiento de Correcciones en el sitio Web de TDI](#).

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

**ESTE FORMULARIO DEBE REGRESARSE A LA COMPAÑÍA QUE EMITIÓ LA  
NEGATIVA.  
NO REGRESE ESTE FORMULARIO A TDI.**