

Forma IMR (por sus siglas en ingles)

Solicitud para una Revisión Médica Independiente:

- **Firme esta solicitud para dar su consentimiento de obtener sus registros médicos.**
- **Envíe esta solicitud por correo o fax antes de que se venza el plazo para aplicar. También incluya una copia de la carta de determinación que recibió donde dice que el tratamiento solicitado por su médico ha sido negado o modificado:**
- **Maximus Federal Services, Inc., P.O. Box 138009, Sacramento, CA 95813-8009**
Numero de FAX: (916) 605-4270
- **Envíe una copia de esta solicitud por correo o fax a su administrador de reclamaciones antes de que se venza el plazo para aplicar. EL PLAZO PARA APLICAR ESTA ESCRITO AL FINAL DE ESTA FORMA.**

Seleccione el tipo de revisión de utilización:

Regular ☐

Expedida ☐

Modificación despues de la apelacion ☐

Solo Medicación – MTUS

Lista de Medicamentos Formulados ☐

Revisión retrospectiva para tratamiento

exento (no farmacéutico) ☐

Retrospectiva del tratamiento exento

(Medicamento) ☐

Información del empleado

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de teléfono: _____

Número de fax: _____

Fecha de lesión: _____

Número de reclamación: _____

Número de Caso EAMS: _____

Número de reclamación jurisdiccional (Si se asignó): _____

Abogado del Empleado (Si se sabe): _____

Dirrección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Información del médico solicitante

Nombre del médico: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Nombre del Consultorio/Clínica: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____ Número de Teléfono: _____

Número de Fax: _____

Especialidad Médica: _____

Información del Administrador de Reclamaciones:

Nombre del Empleador: _____

Nombre del Administrador: _____ Nombre del Contacto: _____

Dirrección: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Número de Telefono: _____

Número de Fax: _____

Tratamiento Médico Disputado

Diagnóstico principal (Utilice el Código ICD cuando sea práctico):

* Fecha de envío por correo de la carta de determinación de la revisión de utilización: _____

¿Está el administrador de reclamaciones disputando la responsabilidad del tratamiento médico solicitado por razones aparte de la cuestión de la necesidad médica?

☐ Si ☐ No

Razón:

Enumere cada servicio médico específico solicitado, medicamento, bienes o artículo que fue negado o modificado en el espacio proporcionado a continuación. Usa páginas adicionales si el espacio a continuación no es suficiente.

1.
2.
3.
4.

Solicitud de Revisión y Consentimiento para Obtener Expedientes Médicos

Solicito una revisión médica independiente del tratamiento médico solicitado escrito arriba. Certifico que he enviado una copia de esta solicitud al Administrador de Reclamaciones mencionado anteriormente. Doy mi consentimiento para que mis proveedores de atención médica y el Administrador de Reclamaciones proporcionen registros médicos e información relevante para la revisión del tratamiento en disputa identificado en este formulario a la organización de revisión médica independiente designada por el Director Administrativo de la División de Compensación para Trabajadores. Estos registros pueden incluir informes médicos, de diagnóstico por imágenes y otros registros relacionados con mi caso. Estos registros también pueden incluir registros no médicos y cualquier otra información relacionada con mi caso, excepto los registros sobre el estado de VIH, a menos que se reclame que la infección o exposición al VIH es una lesión laboral. Mi autorización terminará un año después de la fecha que aparece abajo, salvo lo permitido por la ley. Puedo finalizar mi permiso antes si así lo deseo.

Firma del empleado _____ Fecha _____

Plazo límite para presentar la solicitud de IMR

La fecha límite para presentar una solicitud de IMR depende del tipo de tratamiento médico solicitado por el médico tratante. Si el tratamiento médico en disputa solo implica un medicamento que aparece en la Lista de Medicamentos del Formulario de la Programación de Utilización de Tratamiento Médico (MTUS), la fecha límite para presentar la solicitud de IMR según la sección 9792.10.1, es de 10 días desde la fecha de envío de la carta de determinación. (Vea la fecha arriba marcada con un asterisco.) Para todas las demás disputas, la fecha límite es de 30 días desde la fecha de envío de la carta de determinación escrita. Si se presenta por correo, las fechas límite se extienden a 15 y 35 días, respectivamente. Si se envía por correo desde fuera de California, las fechas límite se extienden a 20 y 40 días, respectivamente. La fecha límite para presentar esta solicitud de IMR se indica en la casilla marcada a continuación.

Plazo límite de presentación de la solicitud de IMR:

- ☐ 30 días desde la fecha de envío de la carta de determinación por escrito.
- ☐ 10 días desde la fecha de envío de la carta de determinación por escrito (Sólo medicamentos de la lista de medicamentos MTUS)

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Si el Administrador de Reclamaciones de compensación de trabajadores le envió una carta de determinación por escrito (a veces llamada revisión de utilización o carta de determinación "UR") que negó o modificó una solicitud de tratamiento médico realizada por su médico tratante, usted puede solicitar, sin costo alguno para usted, una Revisión Médica Independiente ("IMR") de la solicitud de tratamiento médico por parte de un médico que no esté conectado con su Administrador de Reclamaciones. Si la IMR se decide a su favor, su Administrador de Reclamaciones debe brindarle el servicio o tratamiento que su médico solicitó.

SI DECIDE NO PARTICIPAR EN EL PROCESO DE IMR, PODRÍA PERDER SU DERECHO A IMPUGNAR LA NEGACIÓN O MODIFICACIÓN DEL TRATAMIENTO MÉDICO AL QUE SE HACE REFERENCIA EN LA SOLICITUD DE REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE.

Puede solicitar una revisión médica independiente firmando y presentando este formulario de Solicitud de IMR y una copia de la carta de determinación por escrito (UR) que negó o modificó el tratamiento médico solicitado por su médico. También debe enviar una copia de la solicitud firmada a su Administrador de Reclamaciones.

- La información en el formulario fue completada por su Administrador de Reclamaciones. Si cree que alguna parte de la información es incorrecta, presente una hoja aparte que proporcione la información correcta.
- Si desea que su abogado, médico tratante, padre, tutor, pariente u otra persona actúe en su nombre al presentar esta solicitud, complete el formulario adjunto de designación de representante autorizado y devuélvalo con su solicitud. La finalización del formulario de designación de representante autorizado permite a la persona nombrada firmar la solicitud por usted y presentar documentos en su nombre.
- Si su médico solicitó que el tratamiento médico recomendado que fue negado o modificado se le proporcionara de inmediato porque enfrenta una amenaza inminente y sería para su salud, y su administrador de reclamaciones no realizó una revisión expedida o urgente a solicitud de su médico, esta solicitud debe presentarse con una declaración de su médico, respaldada por registros médicos, que confirme su condición.
- Envíe por correo postal o por fax la solicitud y una copia de la decisión de revisión de utilización dentro del plazo establecido a:
DWC-IMR, c/o Maximus Federal Services, Inc.
PO Box 138009, Sacramento, CA 95813-8009
Número de FAX: (916) 605-4270
- Su solicitud de IMR firmada, junto con una copia de la carta de determinación por escrito (UR), debe ser recibida por Maximus Federal Services, Inc. dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de envío por correo de la carta de determinación por escrito, o diez (10) días a partir de la fecha de envío por correo de la carta, según el tipo de tratamiento recomendado por su médico. Si el tratamiento médico en disputa solo involucra un medicamento que figura en la Lista de Medicamentos del Formulario del Programa de Utilización del Tratamiento Médico (MTUS), el plazo límite para presentar la solicitud de IMR es de 10 días a partir de la fecha de envío por correo de la carta. (Se pueden agregar días adicionales para el envío por correo, como se indica en el formulario de solicitud). La solicitud indicará su plazo límite de presentación al final del formulario.
- Envíe una copia de la solicitud firmada a su Administrador de Reclamaciones. No es necesario que incluya una copia de la carta de determinación por escrito (UR) a su Administrador de Reclamaciones.

Su Derecho a Proporcionar Información

Usted tiene derecho a presentar, ya sea directamente o a través de su médico tratante, información para respaldar el tratamiento médico solicitado. Dicha información puede incluir:

- La recomendación de su médico tratante de que el tratamiento médico solicitado es médicamente necesario para su condición médica.
- Información y documentos razonables que demuestren que el tratamiento médico recomendado es o fue médicamente necesario, incluidos todos los documentos o registros proporcionados por su médico tratante o cualquier material adicional que considere relevante.
- Evidencia de que las pautas médicas utilizadas para denegar o modificar el tratamiento médico solicitado por el médico no se aplican a su condición o son científicamente incorrectas.
- Si el tratamiento médico se proporcionó de forma urgente o de emergencia, información o justificación de que el tratamiento médico solicitado era médicamente necesario para su condición médica.

Si tiene alguna pregunta con respecto al proceso de IMR, puede obtener información gratuita de un oficial de información y asistencia de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) o puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas locales llamando al número gratuito 1-800-736-7401. También puede ir al sitio web de la DWC en www.dwc.ca.gov.