

**Medical Eye Services, Inc.**  
**REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE (INDEPENDENT MEDICAL REVIEW, IMR)**  
**Formulario de solicitud**

Nombre del paciente _____	Fecha de nacimiento _____
Nombre del suscriptor _____	N.º de identidad _____
Dirección del paciente _____	N.º de teléfono _____
Ciudad _____ Estado _____	Código postal _____ Dirección de correo electrónico _____

Enfermedad del paciente \_\_\_\_\_ queratocono/anisometropía/afaquia/astigmatismo/miopía/hipermetropía  
(encierre en un círculo todo lo que corresponda):

Cargo por lentes de contacto \$ \_\_\_\_\_ Cargo por ajuste de lentes de contacto \$ \_\_\_\_\_

Servicio/beneficio solicitado \_\_\_\_\_

Fecha del servicio \_\_\_\_\_ Fecha de negación de la apelación \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor \_\_\_\_\_ N.º de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor \_\_\_\_\_

**Antes de presentar este formulario de solicitud, el afiliado debe participar en el proceso de apelación de Medical Eye Services (MES) y presentar todos los documentos relevantes ante MES para su evaluación.**

Al presentar este formulario de solicitud como afiliado, usted tiene derecho a proporcionar información o documentación, ya sea directamente o a través de su proveedor, con respecto a lo siguiente:

- (a) Una recomendación del proveedor que indique que el servicio de atención de la salud en conflicto es médicamente necesario para la enfermedad del afiliado.
- (b) Justificación o información médica de que el servicio de atención de la salud en conflicto era médicamente necesario para la enfermedad del afiliado.
- (c) Información razonable que respalde la posición del afiliado, incluida toda la información proporcionada a él por MES o por cualquiera de sus proveedores participantes, que aún posea el afiliado, una copia de todo el material presentado por el afiliado ante MES para respaldar la queja y todo otro material que el afiliado considere relevante.

Después de recibir el formulario de solicitud de revisión médica independiente, el afiliado recibirá correspondencia adicional del Departamento de Atención Administrada de la Salud (DMHC). La decisión de no participar en el proceso de revisión médica independiente puede hacerle perder todo derecho legal a llevar adelante una acción judicial contra MES con respecto al servicio de atención de la salud en conflicto.

**Declaración de consentimiento para divulgar registros**

*Doy mi consentimiento para que MES, cualquiera de sus proveedores participantes y cualquier proveedor fuera del plan al que se pudiera haber consultado en relación con este asunto divulguen todo registro médicamente necesario.*

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del afiliado

Envíe este formulario de solicitud completado al DMHC y envíe una copia de todo el material a MES a las direcciones que se indican a continuación. Envíe copias, pues los originales no pueden devolverse.

Department of Managed Health Care (DMHC)  
Attn: HMO Help Center, IMR Unit  
980 Ninth Street, Suite 500  
Sacramento, CA 95814  
*O por fax: (916) 229-4328*

y  
Medical Eye Services, Inc. (MES)  
Attn: Benefit Resolutions Department  
P.O. Box 25209  
Santa Ana, CA 92799  
*O por fax: (714) 619-4662*