

## **TRABAJADOR AVISO DE REQUISITOS DE RED**

Lesiones Network, Inc. de E.e.u.u. trabajador (Estados Unidos WIN) es compensación Health Care Network de un trabajador certificado se centró en la mejora de los resultados clínicos a los trabajadores de Texas herido.

### **Información de contacto**

Para obtener más información acerca de los proveedores participantes de Estados Unidos WIN:

Horario: Lunes al viernes 8:00a-4:30 p CT

Teléfono: 512-306-0201

Llame gratis: 800-872-0820

Fax: 512-328-6785

Horario de atención al cliente: Lunes al viernes 8:00a-7:00 p CT

Llame gratis: 800-872-3860

Dirección: 1250 S. Capital de carretera de Texas, Bldg 3-500  
Austin, TX 78746

Dirección de correo electrónico: [info@usamco.com](mailto:info@usamco.com)

Sitio web: [www.usamco.com](http://www.usamco.com)

## **REQUISITOS DE LA RED**

### **I. TRATAMIENTO MÉDICOS**

Todos los servicios de salud y referencias deben proporcionarse por un Estados Unidos WIN tratante si vives dentro del área de servicio (excepto urgencias).

#### **Selección de un tratamiento médico**

La selección de un médico tratante es fundamental para la cobertura de la red. Para cada lesión, debe elegir un médico tratante en el área de servicio de una lista de proveedores participantes proporcionados por Estados Unidos WIN. Si antes de la lesión había seleccionado a un médico de atención primaria de la HMO, usted puede solicitar que el proveedor sea aprobado para tratar su lesión. Su médico de atención primaria debe estar de acuerdo tratarlo como un paciente de compensación a los trabajadores y cumplir con los requisitos de red.

#### **No - tratamiento médico**

Usted puede solicitar que un especialista de la red sirvan como el médico tratante si usted tiene una lesión crónica, potencialmente mortal, o un dolor crónico relacionado con una lesión de compensación para trabajadores. En orden para el especialista para convertirse en el tratamiento médico, debe haber

necesidad de médico certificado por el especialista y el especialista debe estar de acuerdo aceptar la responsabilidad de coordinar las necesidades de salud. Si aseguradora niega la petición, podrá apelar a través del proceso de resolución de quejas internas.

## **II. CAMBIO DE TRATAMIENTO MÉDICOS**

### **Medico Tratante alternativo**

Si no está satisfecho con su elección inicial de un médico tratante, tienen derecho a seleccionar un Medico Tratante alternativo de la lista de Estados Unidos WIN que presta servicios en el área de servicio en el que vive. Sólo puede seleccionar a un médico suplente una vez sin autorización previa. Si le descontentan con el Medico Tratante alternativo, debe obtener autorización de la aseguradora para seleccionar tratamiento médico posterior. Negación de una solicitud para posterior tratamiento médico está sujeto al proceso de apelación de compañías de seguros.

Para efectos de esta sección, los siguientes no constituyen la selección de una alternativa o posterior tratamiento médico:

1. una referencia hecha por el médico tratante, incluyendo una referencia para una segunda o subsecuente opinión;
2. la selección de un médico tratante ya que el medico tratante original muere, se retira o sale de la red; y
3. un cambio de médico tratante necesaria debido a un cambio de dirección por parte del empleado a una ubicación fuera del área de servicio.

## **III. ÁREAS DE SERVICIO**

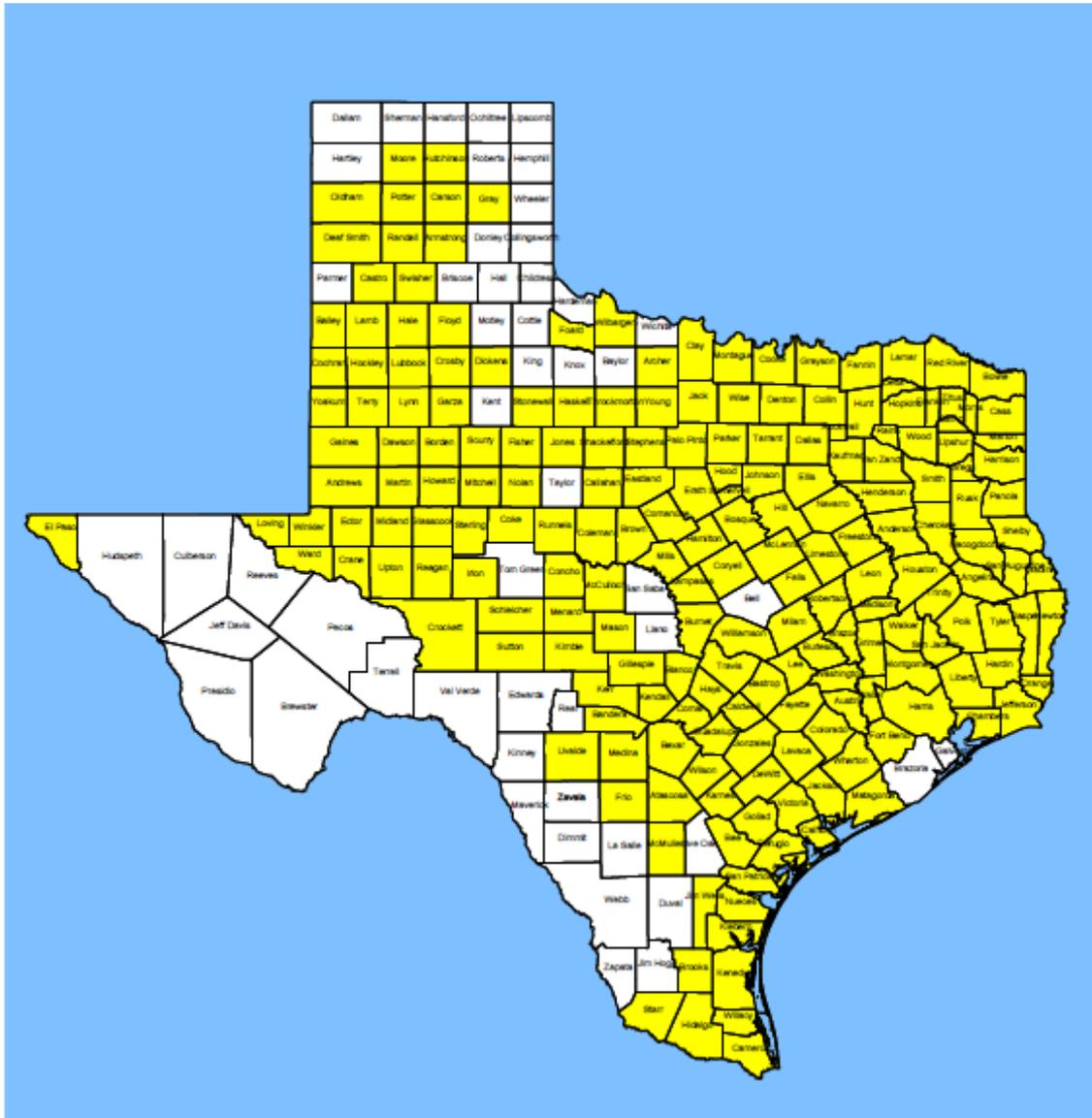
### **Descripción del área de servicio**

La red de compensación del trabajador certificado debe tener una o más áreas de servicio donde los médicos y otros trabajadores de salud están disponibles para tratarlo a usted si usted se lastima en el trabajo. Estados Unidos WIN está certificado para brindar servicios en las siguientes áreas geográficas:

Anderson	DeWitt	Johnson	Randall
Andrews	Dickens	Jones	Reagan
Angelina	Eastland	Karnes	Río rojo
Aransas	Ector	Kaufman	Refugio
Arquero	El Paso	Kendall	Robertson
Armstrong	Ellis	Kenedy	Rockwall
Atascosa	Erath	Kerr	Runnels
Austin	Cae	Kimble	Rusk
Bailey	Fannin	Kleberg	Sabine
Bandera	Fayette	Lamar	San Agustín
Bastrop	Fisher	Cordero	San Jacinto
Abeja	Floyd	Lampasas	San Patricio
Bexar	Foard	Lavaca	Schleicher
Blanco	Fort la Curva	Lee	Scurry
Borden	Franklin	León	Shackelford
Bosque	Freestone	Libertad	Shelby

Bowie	Frío	Piedra caliza	Smith
Brazos	Gaines	Amar	Somervell
Brooks	Garza	Lubbock	Starr
Marrón	Gillespie	Lynn	Stephens
Burleson	Glasscock	Madison	Esterlina
Burnet	Goliad	Marion	Muro de piedra
Caldwell	Gonzales	Martin	Sutton
Calhoun	Gris	Mason	Swisher
Callahan	Grayson	Matagorda	Tarrant
Cameron	Gregg	McCulloch	Terry
Campamento	Grimes	McLennan	Throckmorton
Carson	Guadalupe	McMullen	Tito
Cass	De Hale	Medina	Travis
Castro	Hamilton	Menard	Trinidad
Cámaras	Hardin	Midland	Tyler
Cherokee	Harris	Milam	Upshur
Arcilla	Harrison	Molinos de	Upton
Cochran	Haskell	Mitchell	Uvalde
Coca Cola	Hays	Montague	Van Zandt
Coleman	Henderson	Montgomery	Victoria
Collin	Hidalgo	Moore	Walker
Colorado	Colina	Morris	Waller
Comal	Hockley	Nacogdoches	Ward
Comanche	Campana	Navarro	Washington
Concho	Hopkins	Newton	Wharton
Cooke	Houston	Nolan	Wilbarger
Coryell	Howard	Nueces	Willacy
Grúa	De la caza	Oldham	Williamson
Crockett	Hutchinson	Naranja	Wilson
Crosby	Irion	Palo Pinto	Winkler
Dallas	Jack	Panola	Sabio
Dawson	Jackson	Parker	Madera
Smith sordo	Jaspe	Polk	Yoakum
Delta	Jefferson	Potter	Jóvenes
Denton	Jim Wells	Lluvias	

Un mapa de la zona de servicio con los condados anteriores puede verse en el sitio web de Estados Unidos gana en [www.usamco.com](http://www.usamco.com) o por debajo.



El directorio de proveedores Estados Unidos WIN está disponible para usted en formato electrónico en [www.usamco.com](http://www.usamco.com), por correo electrónico y copia impresa a petición. El directorio de proveedores Estados Unidos WIN se actualiza mensualmente. Los proveedores están agrupados por Condado y especialidad. Remisiones a especialistas deben hacerse a través de los médicos de tratar o ser pre-autorizados por compañía de seguros.

Además el proveedor nombre, dirección y número de teléfono, la siguiente información se identificarán claramente para cada proveedor:

1. proveedores que están autorizados para evaluar la mejoría médica máxima y hacer clasificaciones de deterioro;
2. proveedores con limitaciones de accesibilidad y remisiones a especialistas; y
3. proveedores que están aceptando pacientes nuevos.

Si usted vive en los condados señalados en el área de servicio Estados Unidos WIN, debe obtener tratamiento médico por lesiones relacionadas con el trabajo cubiertas sólo por un proveedor participante de WIN Estados Unidos, excepto como se establece en la política de servicios fuera de la red.

Se considera que "viven" dentro del área de servicio si usted:

1. viven permanentemente en el área de servicio WIN de Estados Unidos (la dirección física presentó a su empleador)
2. vivo en una residencia temporal por su empleo; o
3. vivir en una residencia temporal tomada con el fin de recibir la asistencia necesaria con actividad diaria debido a una lesión resarcible.

### **Vivir fuera de la zona de servicio**

Si usted cree que usted no vive dentro del área de servicio WIN Estados Unidos, puede solicitar una revisión por notificar a su aseguradora y proporcionar evidencia para apoyar su afirmación. La compañía de seguros emitirá una determinación escrita de su decisión dentro de 7 días. La notificación deberá incluir una descripción de las pruebas al hacer una copia de la determinación y la determinación. También se enviará una copia de la determinación a su empleador. Si la aseguradora determina que usted vive dentro del área de servicio y no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una queja con el Departamento de seguros como se describe en la sección XIV de este aviso. Durante el proceso de revisión, usted puede buscar toda la atención médica de WIN USA proveedores de la red, pero no es necesario hacerlo. Tenga en cuenta si decide buscar asistencia médica de proveedores fuera de la red, y en última instancia, se determina que usted vive dentro del área de servicio, usted puede ser responsable por el pago de los servicios recibidos fuera de la red. Además, cualquier empleado que se encuentra que han afirmado fraudulentamente a vivir fuera del área de la red o hecho una tergiversación intencional con respecto a donde él o ella vive y recibe atención médica fuera de la zona de servicio puede ser responsable de pago para que la asistencia sanitaria.

## **IV. USA WIN NETWORK SERVICIOS**

Si usted vive dentro del área de servicio de red, debe recibir todo el tratamiento médico de un proveedor participante USA WIN a menos que se indica a continuación en "Fuera de la red servicios".

## **V. FUERA DE LA RED DE SERVICIOS**

### **Fuera de la red**

Se les permite recibir tratamiento médico fuera de la red si:

1. necesita atención de emergencia;
2. no vives dentro del área de servicio; o
3. el tratamiento médico que se refiere a un proveedor fuera de la red y esa referencia ha sido aprobado por las compañías de seguros.

### **Atención de emergencia**

Una emergencia es una lesión médica o mental o el inicio repentino de una enfermedad que puede poner en peligro su vida o causar incapacidad permanente.

- Emergencia médica implica el inicio repentino de una dolencia que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente severidad. Esto incluye: dolor severo, que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente como resultado en la colocación de salud o las funciones corporales de los pacientes en grave peligro o grave disfunción de cualquier órgano del cuerpo o de parte.
- Salud mental emergencia significa un padecimiento que se podría esperar razonablemente presentar peligro a la persona experimentar la condición de salud mental u otra persona.

En el caso de una emergencia verdadera, usted debe llamar al 911 o acuda al hospital más cercano.

### **Atención después de horas y urgente**

De salud urgente no son de emergencia o después de horas, por favor visite Estados Unidos WIN atención de urgencia más cercano. Estados Unidos gana los centros de atención urgente están disponibles para proporcionar asesoramiento y tratamiento de problemas de salud urgentes 24 horas al día, 7 días a la semana y 365 días al año. Problemas urgentes de salud (físicos o emocionales) son enfermedades súbitos, graves e inesperadas, lesiones o condiciones que requieren atención inmediata.

### **Referencia al proveedor de la red**

Un médico tratante solicitará recomendaciones a proveedores fuera de la red si no hay servicios médicamente necesarios dentro de la red. Referencias a proveedores fuera de la red deben ser aprobadas por los E.e.u.u. WIN. Tal determinación se hará dentro del tiempo apropiado en las circunstancias, pero no más tarde de 7 días después de la fecha se solicita la devolución. Si WIN Estados Unidos rechaza la solicitud de referencia porque el servicio solicitado está disponible de los proveedores de red, puede presentar una queja conforme el proceso de denuncia. Si la compañía de seguros o WIN Estados Unidos agente de revisión de utilización niega la solicitud porque el referido especialista no es médicamente necesario, usted puede presentar una solicitud de revisión independiente como se describe en la sección XI de este aviso.

## **VI. FACTURACIÓN/PAGO POR SERVICIO**

### **Proveedor participante de facturación**

Estados Unidos WIN los proveedores participantes deben facturar a la compañía de seguros para todos los servicios salud a usted. Proveedores Estados Unidos WIN no le facturará por los servicios relacionados con la lesión indemnizable y elegible.

### **Facturación proveedor fuera de la red**

Si usted recibe tratamiento de un proveedor fuera de la red sin la previa aprobación por Estados Unidos WIN, puede ser responsable por el pago total de servicios recibidos por el proveedor fuera de la red.

NO eres responsable del pago del tratamiento recibido por fuera del proveedor de red si:

- Recibir un referido aprobado de un Estados Unidos WIN tratamiento médico;
- Debido a la atención de emergencia; o

- Si usted vive fuera de la zona de servicio Estados Unidos WIN.

## **VII. LA COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN OPORTUNA**

Empleados y proveedores participantes WIN Estados Unidos están obligados a coordinar la atención, prestación de servicios y ser accesibles a usted en forma oportuna. Esto incluye la evaluación inicial, tratamiento continuo, remisiones a especialistas, respuesta a consultas o quejas, gerencia médica, revisión de utilización y manejo de casos. Excepto en casos de emergencia, WIN Estados Unidos coordinará por los servicios de salud cubiertos, incluyendo referencias a especialistas, para ser accesible a un empleado sobre una base oportuna a petición y en el tiempo apropiado a las circunstancias y condiciones, pero no más tarde de 21 días después de la fecha de la solicitud.

## **VIII. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN**

Estados Unidos WIN ofrece para la continuidad de la atención si su salud podría ponerse en peligro si los servicios cubiertos médicamente necesarios perturbados o interrumpidos. Compañía de seguros o USA WIN le ayudará con la coordinación de cualquier transición de la atención de un proveedor fuera de la red de un proveedor participante de WIN Estados Unidos o de un proveedor participante USA WIN que termina dentro de la red a un proveedor participante activo USA WIN.

En caso de que se termina un médico tratante de la red, Estados Unidos WIN le notificará tan pronto como sea posible para ayudarle a seleccionar un nuevo médico tratante en el panel de red. USA será proporcionarle un listado de médicos de tratamiento disponibles en su área y asegurarse de que todos los registros médicos se trasladan inmediatamente al proveedor. Usted recibirá aviso por escrito antes de la fecha efectiva de la terminación del proveedor. En casos donde no es posible debido a la muerte súbita de un proveedor de previo aviso, se comunicará con usted para concertar la selección de un nuevo tratamiento médico.

Si un proveedor sale de la red y están recibiendo atención por una condición peligrosa para la vida o una condición aguda que la interrupción de la atención hacerte daño, la aseguradora seguirá reembolsará al proveedor por un período para no exceder de 90 días a petición del proveedor, para asegurar una transición segura mientras se selecciona un nuevo tratamiento médico. Una controversia sobre la continuidad de la atención se resolverá a través del proceso de resolución de quejas descrito en la sección X.

Si está siendo tratado por un proveedor fuera de la red, no se requiera para seleccionar a Estados Unidos WIN tratante si aseguradora determina que cambiar médicos sería médicamente perjudicial para usted. Puede transición a un proveedor participante USA WIN cuando queda médicamente estacionaria, o ya no serían médicamente dañinas para cambiar de proveedor. En tales casos, la aseguradora revisará su plan de tratamiento propuesto y ayudar a su proveedor de tratamiento en la transición de su cuidado a un proveedor de red.

## **IX. LA AUTORIZACIÓN PREVIA**

Autorización previa determina si los servicios médicos son médicamente necesario y proporcionado en el ajuste apropiado o en el nivel adecuado de atención. Requisitos de autorización previa son una responsabilidad de lo Estados Unidos WIN proveedor participante, no usted, el empleado.

Servicios fuera de la red requieren siempre autorización previa. Si se obtiene remisión ni autorización previa para los servicios fuera de la red, no hay beneficios disponibles y serán negados reclamos fuera de la red. Ver "Servicios de fuera de la red" las excepciones a este requisito. Compañía de seguros o de Estados Unidos WIN agente de revisión de utilización responderán a solicitar autorización previa en los plazos descritos a continuación:

- Dentro de la jornada 3<sup>rd</sup> para las solicitudes de autorización previa;
- 24 horas de recepción de una solicitud para cuidado concurrente hospitalización; y
- Dentro de 1 hora para el tratamiento posterior a la estabilización o una condición peligrosa para la vida.

Nota: El incumplimiento de requisitos de autorización previa puede resultar en falta de pago. Los proveedores no cuenta o recoger honorarios de empleados de servicios. Esta lista no puede ser revisada sin previo aviso a los proveedores y empleados por las leyes aplicables.

### **Servicios que requieren autorización previa**

No es de emergencia salud que requieren autorización previa según lo juzgado por compañías de seguros serán las siguientes:

La siguiente lista representa los procedimientos que generalmente requieren autorización previa de las aseguradoras de Estados Unidos WIN utilizando red de lesiones de los trabajadores de Estados Unidos. Esta lista no pretende ser completa o todo incluido y puede variar por las aseguradoras. Estados Unidos WIN concertado debe verificar necesidades preautorizados con asegurador antes de la prestación de los servicios sanitarios.

- Todas las hospitalizaciones
- Todas las cirugías
- Todas las cirugías ambulatorios incluyendo: inyecciones epidurales de esteroide, inyecciones de faceta, inyecciones del punto del disparador, inyecciones de articulación sacroilíaca, las inyecciones de proloterapia, crioterapia radiológica y manipulaciones bajo anestesia y como el sitio específico o centro donde se realizará el servicio
- Repita los estudios de diagnóstico
- Todo el equipo médico Durable
- Dependencia química, programas de pérdida de peso y membresías de gimnasio
- Todos ancianos, convalecientes, servicios de atención médica residenciales y caseros y tratamientos
- Pruebas psicológicos o psiquiátricos y evaluaciones
- Todos los estimuladores de crecimiento óseo
- Todos quimionucleolisis, descompresiones vertebrales axiales (Vax-D), termocoagulación de frecuencia de las articulaciones facetarias (Chemonucleolysis) y procedimientos IDET de radio
- Todos myelograms, discogramas venograms, electromyograms superficie, EMGs y estudios de conducción nerviosa
- Endurecimiento por deformación y trabajo acondicionado
- Programas de rehabilitación

- Toda terapia física, terapia ocupacional, terapia quiropráctica y manipulaciones de quiropraxia
- Todas las referencias fuera de la red
- Trabajo dental en \$1000
- Psique de prueba
- Solicitud de medicamentos a largo plazo, especialmente narcóticos
- Psicoterapia, trabajador social, psicólogo o psiquiatra
- Gestión de Biofeedback y el dolor, la evaluación inicial y 'full' crónica programas de manejo del dolor

De conformidad con 28 TAC capítulo 134, subcapítulo F, regla §135.540 autorización previa para las reclamaciones objeto de formulario cerrado de la división. Autorización previa sólo es necesaria para:

(1) medicamentos identificados con un estado de "N" en la edición actual del *Tratamiento de la ODG en Comp de los trabajadores* (ODG) / Apéndice A, *ODG trabajadores compensación formulario de medicamentos* y las actualizaciones;

(2) cualquier compuesto que contiene una droga que se identifica con un estado de "N" en la edición actual del *Tratamiento de la ODG en Comp de los trabajadores* (ODG) / Apéndice A, *ODG trabajadores compensación formulario de medicamentos* y las actualizaciones; y

(3) cualquier investigación o experimental droga que hay es temprano, desarrollo evidencia científica o clínica que demuestran la potencial eficacia del tratamiento, pero que no es todavía ampliamente aceptado como el estándar que prevalece de la atención como se define en el código de trabajo §413.014(a).

(c) autorización de sistemas de administración intratecal de drogas.

(1) un sistema de envío de drogas intratecal requiere autorización previa conforme a las pautas de tratamiento y requerimientos de preautorización en virtud de seguros código capítulo 1305 y capítulo 10 de este título (relativo a las redes de compensación a los trabajadores de la salud) de la red certificada.

(2) recargas de un sistema de envío de drogas intratecal con medicamentos excluyen del formulario cerrado, que factura utilizando códigos del Healthcare de procedimiento común de codificación de sistema (HCPCS) nivel II J y presentado en un formulario de facturación CMS 1500 o UB-04, requieren autorización previa sobre una base anual. Autorización previa para estos repuestos es también necesaria cuando:

(A) los medicamentos, dosis o intervalo de dosis o el régimen de drogas propuesto por el médico difiere de la dosis de medicamentos o el rango de dosis o régimen de drogas previamente pre-autorizados por médico; o

(B) hay un cambio de prescripción a médico.

## **X. Procedimientos de apelación y queja**

Para quejas generales, conflictos o apelaciones, un partido debe póngase en contacto con Estados Unidos WIN ya sea por carta, correo electrónico o teléfono. Deben presentarse todas las reclamaciones y disputas dentro de 90 días de la fecha de la acción disputada.

La queja debe enviarse por correo a:

Red de lesiones de los trabajadores USA  
 Attn: Director Ejecutivo de PNA  
 1250 S. Capital de carretera de Texas, Bldg 3-500  
 Austin, Texas 78746

512.306.0201

Llame gratis 800. 872. 0820

Fax: 512.328.6785

Correo electrónico: [medicalreviewcommittee@usamco.com](mailto:medicalreviewcommittee@usamco.com)

Estados Unidos WIN acusará recibo de la queja por carta dentro de 7 días calendario y enviar una carta de reconocimiento que incluirá una descripción de los procedimientos, plazos y un formulario de queja de una página (**Anexo A**) para la parte apelante completar si la queja es recibida verbalmente. En ese momento, se hará una petición para cualquier información adicional que puede estar justificado para procesar el conflicto. Siempre estamos disponibles para discutir cualquiera de estos artículos con usted si lo desea.

Después de que la red ha investigado una denuncia, Estados Unidos WIN deberá emitir una carta de resolución a la organización querellante no más tarde de la 30<sup>o</sup> jornada calendario después de que la red recibe la denuncia escrita u oral.

Si el querellante está insatisfecho con la resolución de la queja o el proceso, el denunciante puede presentar una queja con el Texas Department of Insurance según sección XIV.

Estados Unidos WIN no procederán en cualquier acción de represalia contra un empleado, empleador o proveedor porque el empleado, empleador, proveedor o cualquier otra persona que actúe en representación del empleador o empleado ha presentado una denuncia contra la red.

## **XI. REVISIÓN DE LA UTILIZACIÓN DE DETERMINACIONES XI. ADVERSA (NEGACIÓN)**

Determinación adversa significa una determinación por un agente de revisión de la utilización que los servicios de salud proporcionados o propuesto para un paciente no son médicamente necesarios, experimental o de investigación.

Proceso de revisión de Apelaciones de las decisiones tomadas en la utilización de los servicios o proceso de control de calidad debe hacerse oralmente o por escrito. La apelación o queja puede hacerse por el paciente o alguien actuando en su nombre, o por médico o profesional de la salud de los pacientes.

Cuando surge una controversia médica, es referido por la compañía de seguros a un miembro de su Comité de revisión médica. Este Comité está compuesto por médicos designados por la compañía de seguros con conocimientos adecuados y especialidades para revisar el tratamiento problemas en disputa y no incluirá al médico que tomó la decisión original. Los miembros del Comité revisará la cuestión del tratamiento médico y hacer una determinación de defender la decisión, obtener información adicional, o revocar la decisión. Cualquier información médica adicional de tiempo es necesario u obtenida a través del proceso de reconsideración que se incluirán en la revisión.

Un empleado, una persona que actúe en nombre del empleado o del empleado solicitando proveedor a más tardar<sup>el día 30 después de la fecha de emisión de la notificación por escrito de una determinación adversa</sup> puede solicitar reconsideración de la determinación adversa oralmente o por escrito. Se completará el proceso de reconsideración dentro de 30 días de la fecha de esa compañía de seguros recibe la solicitud. Una vez terminado el proceso de reconsideración, compañía de seguros notificará a todas las partes por escrito de la decisión. Tal aviso incluirá una explicación de las razones de la decisión, como cualquier médica o

clínica base para la decisión, las credenciales de cualquier proveedor de servicios médico consultados en el proceso y el estado de licencia de los proveedores. Las partes también le informará del derecho a solicitar una revisión de la denegación por una organización de revisión independiente. Tal informe puede solicitarse mediante la cumplimentación de los formularios para la solicitud de una revisión independiente, que están incluidas en este aviso. Los formularios también están disponibles en la Página Web de Departamento de seguros de Texas: [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us) o enviando una solicitud a:

**División de HMO  
Mail Code 103-6A  
Departamento de seguros de Texas  
P.O. Box 149104  
Austin TX 78714-9104**

Una petición para una revisión independiente debe ser presentada a más tardar<sup>el 45 día calendario después de la denegación de la reconsideración</sup>.

Si usted tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario, puede comunicarse con el Departamento de seguros de Texas en el número indicado de la solicitud.

Inmediatamente al Texas Department of Insurance compañía de seguros cuando ha habido una solicitud de revisión independiente. Notificación se hará a través de transmisión electrónica y en la forma exigida por el Departamento de seguros de Texas. El agente de revisión de utilización podrá acceder el Texas Department of Insurance en días laborables entre 7:00 y 17:00, hora Central estándar, del lunes al viernes, para obtener la asignación de una organización de revisión independiente.

El Departamento de seguros de Texas luego asesorará a las compañías de seguros y el paciente de la organización de revisión independiente asignado al caso. Dentro de 3 días de esa notificación, compañía de seguros debe proporcionar lo siguiente a la organización de revisión independiente:

- Todos los registros médicos relevantes relativas a la cuestión en disputa;
- Documentos depender de la decisión de revisión de utilización por las compañías de seguros;
- Una copia de la notificación de los resultados de la revisión interna de las compañías de seguros;
- Cualquier información proporcionada a la compañía de seguros para respaldar el llamamiento; y
- Una lista de nombres y números de teléfono de cualquier proveedor de salud que ha proporcionado tratamiento o tenga registros pertinentes a la apelación.

Después de una organización de revisión independiente de la revisión y decisión bajo esta sección, una parte en una controversia médica que la decisión de los conflictos puede solicitar una revisión judicial de la decisión. Compensación de la división de trabajadores y el Departamento no se consideran como partes en el conflicto médico. Una decisión de una organización de revisión independiente relacionada con una solicitud de autorización previa o revisión concurrente es vinculante. La aseguradora es responsable por el cuidado de la salud durante la pendencia de cualquier recurso, y la Aseguradora deberá cumplir con la decisión.

Si no se busca la revisión judicial bajo esta sección, la Aseguradora deberá cumplir con la decisión de las organizaciones de revisión independiente.

## **XII. DERECHOS DE APELACIÓN ESPECIAL**

Las partes tendrán derecho a reconsideración acelerado los procedimientos para las denegaciones de autorización previa de tratamiento posterior a la estabilización, peligrosa para la vida condiciones o negaciones de estancia continuada para empleados hospitalizados. Dichas solicitudes se revisarán de la misma manera como se describe arriba, pero se proporcionará una respuesta dentro de un día laborable de la fecha de recepción de toda la información necesaria para completar la reconsideración.

Un paciente con una condición peligrosa para la vida no es necesaria para completar el proceso de reconsideración pero puede proceder directamente a una solicitud de revisión independiente. El afiliado, la persona que actúa en nombre de la persona inscrita o proveedor del afiliado del registro determinará la existencia de una condición peligrosa para la vida.

Si usted cree que desea calificar y solicitar revisión por una organización de revisión independiente, puede hacerlo sin costo alguno para usted. El Departamento de seguros asignará al azar una organización de revisión independiente para su caso y notificará a la aseguradora dentro de un día de esa asignación. La compañía de seguros le proveeremos todos los informes médicos necesarios para su caso a la organización de revisión independiente para su consideración.

## **XIII. APELACIONES DE LAS DETERMINACIONES ADVERSAS (NEGACIONES)**

Para asegurar una respuesta oportuna a una apelación, incluya la siguiente información y envíe a:

**(Intencionalmente dejado en blanco, insertar información específica de portador)**

La siguiente información debe incluirse en la apelación:

- Su nombre completo;
- Número de seguro social;
- Si apelar la despedida no es afiliado, incluir el nombre completo y la relación con el afiliado;
- Fechas de servicio durante el cual apelación tuvo lugar, en su caso;
- Lugar donde los servicios, es decir, hospital, consultorio médico, radiología, salud en el hogar visite en casa, etc., si corresponde;
- Si el recurso es para los servicios de urgencias, por favor envíe una copia del registro de urgencias; y
- Proporcionar una breve descripción del incidente, incluyendo nombres, fechas y horarios que apoyará resolución de la apelación.

## **XIV. LAS QUEJAS AL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS**

Cualquier persona, incluyendo a una persona que ha intentado resolver una queja a través del proceso de sistema de quejas de la red o trató de resolver una disputa que está insatisfecha con la resolución de la queja, podrá presentar una queja ante el Departamento. Para considerarse completa la queja debe incluir su información de contacto incluyendo nombre, dirección, número de teléfono, una copia de la determinación y evidencias que proporcionó a la compañía de seguros para su consideración.

Enviar queja al:

**Departamento de seguros de Texas**  
**HMO Division, Mail Code 103-6A**  
**P.O. Box 149104**  
**Austin TX 78714-9104**  
**Llame gratis: 1-800-252-7031**  
**Fax: 512-490-1012**

Usted puede utilizar el formulario de reclamación en línea en [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us).

Enviar correo electrónico quejas [consumerprotection@tdi.texas.gov](mailto:consumerprotection@tdi.texas.gov)

# Reconocimiento de red de compensación de trabajadores

He recibido información que me dice cómo obtener atención de salud en compensación a los trabajadores seguros.

Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en la zona de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Debo elegir un medico tratante de la lista de médicos en la red. O puedo pedirle a mi médico de atención primaria de la HMO para servir como mi medico tratante de acuerdo.
2. Debo ir a mi medico tratante para todo cuidado medico para mi lesión. Si necesito a un especialista, mi medico tratante me referirá. Si necesito atención de urgencia, puedo ir a cualquier parte.
3. La compañía de seguros pagará el tratamiento médico y otros proveedores de red.
4. Quizás tengo que pagar la factura si obtengo atención de la salud de alguien que no sea un médico de la red sin la aprobación de la red.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre)

I live at \_\_\_\_\_  
(Dirección)

\_\_\_\_\_  
(Ciudad de) (Estado) (Zip)

Name of Employer \_\_\_\_\_

Name of Network \_\_\_\_\_

ATTACHMENT A



**Workers Injury Network**

**FORMULARIO DE QUEJA O RECLAMACIÓN**

SÓLO PARA USO INTERNO	
FECHA DE RECEPCIÓN	
# SE REFIEREN	

Queja iniciada por: proveedor de  Empleado  Empleadores  Portador de la

Queja implica: servicio  Atención médica  Otros

**INICIADOR DE LA QUEJA**

Nombre (apellido, primer):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono:		

Nombre del empleado:		Nombre del empleador:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:		Ciudad:	
PTY	Código postal:	PTY	Código postal:
Teléfono #:		Teléfono #:	
SSN:			

Nombre del Grupo:		Asegurador:	
Nombre del proveedor:		Contacto:	
Dirección:		Dirección:	
Ciudad:		Ciudad:	
PTY	Código postal:	PTY	Código postal:
Teléfono #:		Teléfono #:	

Fecha de la lesión:	Fecha de acción disputada:
---------------------	----------------------------

*\*\* Nota: Injury Network los E.e.u.u. trabajador no puede investigar exhaustivamente esta queja o reclamación sin consentimiento por escrito para obtener copias de sus registros médicos o de otros documentos relacionados. Confidencial y utilizada únicamente con el propósito de resolución de quejas, se mantienen registros.*

Sí, autorizo permiso de Injury Network de Estados Unidos logró atención organización/USA del trabajador para obtener y revisar todos los registros relacionados con médicos y otros. Puede revelar mi nombre y la naturaleza de esta preocupación con el fin de obtener información adicional. Estoy de acuerdo en una fotocopia o fax de este comunicado de ser aceptado, si es necesario.

No, no autorizo la divulgación de mi nombre o naturaleza de esta preocupación con el fin de obtener información adicional.

Firma del denunciante: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

