

AVISO PARA EMPLEADOS DE LOS REQUISITOS DE LA RED

USA Worker's Injury Network, Inc. (USA WIN) es una red certificada de médica de compensación para trabajadores heridos, enfocada en mejorar resultados clínicos para trabajadores heridos en Texas.

Información de Contacto

Para obtener información adicional sobre los proveedores participantes de USA WIN:

Horario de oficina: lunes a viernes 8:00a-4:30p CT
Teléfono: 512-306-0201
Línea gratuita 800.872.0820
Fax: 512-328-6785

Horario para servicio de cliente: lunes a viernes 8:00a-7:00p CT
Línea gratuita: 800-872-3860

Dirección: 4609 Bee Caves Road, Austin, TX 78746
Correo electrónico: info@usamco.com
Sitio web: www.usamco.com

REQUISITOS DE LA RED

I. MÉDICOS TRATANTES

Todos los servicios de médica y referencias deben ser suministrados por un Médico Tratante de USA WIN si usted vive dentro del área de servicio (fuera de servicios de emergencia).

Selección de un Médico Tratante

La selección de un Médico Tratante es esencial para la cobertura en la red. Para cada herida, debe seleccionar un Médico Tratante en el área de servicio de una lista de proveedores participantes proporcionada por USA WIN. Si antes de la herida había seleccionado un médico primario de HMO, puede requerir que el proveedor sea aprobado para tratarlo por su herida. Su médico primario debe aceptar tratarlo como paciente de compensación para trabajadores y cumplir con los requisitos de la red.

Médico Tratante que no es Medico Primario

Puede solicitar un especialista de la red que actúe como Médico Tratante si tiene una herida crónica y potencialmente mortal, o un dolor crónico relacionado con una herida de compensación para trabajadores. Para que el especialista se convierta en el Médico Tratante, debe existir una necesidad médica certificado por 2 especialistas, y el especialista debe aceptar la responsabilidad de coordinar sus necesidades de atención médica. Si la aseguradora niega la solicitud, puede apelar a través del proceso de resolución de quejas internas.

II. CAMBIO DE MÉDICOS TRATANTES

Médico Tratante Alternativo

Si no está satisfecho con su elección inicial de un Médico Tratante, tiene derecho a seleccionar un Médico Tratante alternativo de la lista de USA WIN que brinde servicios dentro del área de servicio en la que vive. Solo puede seleccionar un médico alternativo una vez sin autorización previa. Si no está satisfecho con el Médico Tratante alternativo, debe obtener autorización del portador del seguro para seleccionar cualquier Médico Tratante subsiguiente. La negación de una solicitud para cualquier Médico Tratante subsiguiente está sujeta al proceso de apelación del portador del seguro.

Para los propósitos de esta sección, lo siguiente no constituye la selección de un Médico Tratante alternativo o cualquier Médico Tratante subsiguiente:

1. Una derivación hecha por el Médico Tratante, incluyendo una derivación para una segunda opinión o subsiguiente;
2. La selección de un Médico Tratante debido a que el Médico Tratante original fallece, se jubila o deja la red; y
3. Un cambio de Médico Tratante requerido debido a un cambio de dirección del empleado a una ubicación fuera del área de servicio.

III. ÁREAS DE SERVICIO

Descripción del Área de Servicio

Cada red certificada de Compensación para Trabajadores debe tener una o más áreas de servicio donde los médicos y otros trabajadores de la salud estén disponibles para tratarlo si se hiere en el trabajo. USA WIN está certificado para proporcionar servicios en las siguientes áreas de servicio geográficas:

Anderson	Dewitt	Johnson	Randall
Andrews	Dickens	Jones	Reagan
Angelina	Eastland	Karnes	Red River
Aransas	Ector	Kaufman	Refugio
Archer	El Paso	Kendall	Robertson
Armstrong	Ellis	Kenedy	Rockwall
Atascosa	Erath	Kerr	Runnels
Austin	Falls	Kimble	Rusk
Bailey	Fannin	Kleberg	Sabine
Bandera	Fayette	Lamar	San Augustine
Bastrop	Fisher	Lamb	San Jacinto
Bee	Floyd	Lampasas	San Patricio
Bexar	Foard	Lavaca	Schleicher
Blanco	Fort Bend	Lee	Scurry
Borden	Franklin	Leon	Shackelford
Bosque	Freestone	Liberty	Shelby
Bowie	Frio	Limestone	Smith
Brazos	Gaines	Loving	Somervell
Brooks	Garza	Lubbock	Starr
Brown	Gillespie	Lynn	Stephens
Burleson	Glasscock	Madison	Sterling
Burnet	Goliad	Marion	Stonewall
Caldwell	Gonzales	Martin	Sutton
Calhoun	Gray	Mason	Swisher
Callahan	Grayson	Matagorda	Tarrant
Cameron	Gregg	McCulloch	Terry
Camp	Grimes	McLennan	Throckmorton
Carson	Guadalupe	McMullen	Titus
Cass	Hale	Medina	Travis
Castro	Hamilton	Menard	Trinity
Chambers	Hardin	Midland	Tyler
Cherokee	Harris	Milam	Upshur
Clay	Harrison	Mills	Upton
Cochran	Haskell	Mitchell	Uvalde
Coke	Hays	Montague	Van Zandt
Coleman	Henderson	Montgomery	Victoria
Collin	Hidalgo	Moore	Walker
Colorado	Hill	Morris	Waller
Comal	Hockley	Nacogdoches	Ward
Comanche	Hood	Navarro	Washington
Concho	Hopkins	Newton	Wharton
Cooke	Houston	Nolan	Wilbarger

Además del nombre, dirección y número de teléfono del proveedor, la siguiente información estará claramente identificada para cada proveedor:

1. Proveedores que están autorizados para evaluar la mejora médica máxima y emitir calificaciones de discapacidad;
2. Proveedores con cualquier limitación de accesibilidad y derivaciones a especialistas; y
3. Proveedores que están aceptando nuevos pacientes.

Si usted cree que NO vive dentro del área de servicio de USA WIN, puede solicitar una revisión notificando a su aseguradora y proporcionando evidencia para respaldar su afirmación. La aseguradora emitirá una determinación escrita de su decisión dentro de los 7 días calendario. El aviso incluirá una descripción de la evidencia utilizada al tomar la determinación y una copia de la misma. También se enviará una copia de la determinación a su empleador. Si la aseguradora determina que usted sí vive dentro del área de servicio y usted no está de acuerdo con esta determinación, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros como se describe en la Sección XIV de este aviso. Durante el proceso de revisión, usted puede buscar atención médica de los proveedores de la red USA WIN, pero no está obligado a hacerlo. Tenga en cuenta que si decide buscar atención médica de proveedores fuera de la red, y finalmente se determina que usted sí vive dentro del área de servicio, usted podría ser responsable del pago de esos servicios recibidos fuera de la red. Además, cualquier empleado que se descubra que ha reclamado fraudulentamente vivir fuera del área de servicio de la red o que ha hecho una representación intencional falsa sobre dónde vive y recibe atención médica fuera del área de servicio, podría ser responsable del pago de esa atención médica.

IV. USA WIN NETWORK SERVICIOS

Si usted vive dentro del área de servicio de la red, debe recibir todo tratamiento médico de un proveedor participante de USA WIN a menos que se indique lo contrario a continuación en “Servicios Fuera de la Red”.

V. FUERA DE LA RED DE SERVICIOS

Fuera de la red

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

1. Requiere atención de emergencia;
2. No vive dentro del área de servicio; o
3. Su Médico Tratante lo refiere a un proveedor fuera de la red y esa derivación ha sido aprobada por la aseguradora.

Atención de Emergencia

Una emergencia es una herida médica o mental o la aparición repentina de una enfermedad que puede poner en peligro su vida o causar una discapacidad permanente.

- Emergencia médica significa la aparición repentina de una condición médica manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad. Esto incluye: dolor severo, que la ausencia de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que resulte en poner la salud del paciente o las funciones corporales en grave peligro, o disfunción seria de cualquier órgano o parte del cuerpo.
- Emergencia de salud mental significa una condición que podría esperarse razonablemente que presente peligro para la persona que experimenta la condición de salud mental o para otra persona.

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

Atención después de horas y atención urgente

Para atención médica urgente que no es emergente o atención medial fuera de horario, acuda a las facilidades de atención urgente de USA WIN más cercana. Las facilidades de atención urgente de USA WIN están disponibles para proporcionar consejos y tratamiento de problemas de salud urgentes las 24 horas del día, los 7 días de la semana y los 365 días del año. Los problemas de salud urgentes (físicos o emocionales) incluyen enfermedades, heridas o condiciones repentinas, graves e inesperadas que requieren atención inmediata.

Referencia a un proveedor fuera de la red

Un médico tratante solicitará referencias a proveedores fuera de la red si los servicios médicamente necesarios no están disponibles dentro de la red. Las referencias a proveedores fuera de la red deben ser aprobadas por USA WIN. Tal determinación se hará dentro del tiempo apropiado dadas las circunstancias, pero a más tardar 7 días después de la fecha en que se solicita la remisión. Si USA WIN rechaza la solicitud de referencia porque el servicio solicitado está disponible a través de los proveedores de la red, puede presentar una queja de acuerdo con el proceso formal de quejas. Si la compañía de seguros o el agente de revisión de utilización de USA WIN rechaza la solicitud porque la derivación de un especialista no es médicamente necesaria, puede presentar una solicitud de revisión independiente como se describe en la Sección XI de este aviso.

VI. FACTURACIÓN/PAGO DEL SERVICIO

Facturación de proveedores participantes

Los proveedores participantes de USA WIN están obligados a facturar a la compañía de seguros por todos los servicios de atención médica que se le brinden. Los proveedores de USA WIN no le facturarán ningún servicio relacionado con una herida elegible e indemnizable.

Facturación de proveedores fuera de la red

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

Usted NO es responsable del pago del tratamiento recibido por un proveedor fuera de la red si:

- Recibe una referencia aprobada de un médico tratante de USA WIN;
- Debido a atención de emergencia; o - Si vive fuera del área de servicio de USA WIN.

VII. COORDINACIÓN DE LA ATENCIÓN OPORTUNA

Los proveedores y empleados participantes de USA WIN deben coordinar la atención, brindar servicios y estar disponibles para usted de manera oportuna. Esto incluye la evaluación inicial, el tratamiento continuo, las derivaciones a especialistas, la capacidad de respuesta a consultas o quejas, la gestión médica, la revisión de la utilización y la gestión de casos. Excepto en casos de emergencia, USA WIN coordinará que los servicios de atención médica cubiertos, incluidas las derivaciones a especialistas, sean accesibles para un empleado de manera oportuna cuando lo solicite y dentro del tiempo apropiado para las circunstancias y la condición, pero a más tardar 21 días después de la fecha de la solicitud.

VIII. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

USA WIN proporciona continuidad de la atención si su salud podría estar en peligro si los servicios cubiertos médicamente necesarios se interrumpen o interrumpen. La compañía de seguros y/o USA WIN lo ayudarán con la coordinación de cualquier transición de atención de un proveedor fuera de la red a un proveedor participante de USA WIN o de un proveedor participante de USA WIN que termine dentro de la red a un proveedor participante activo de USA WIN.

En el caso de que un médico tratante sea terminado de la red, USA WIN le notificará tan pronto como sea razonablemente posible para ayudarlo a seleccionar un nuevo médico tratante dentro del panel de la red. USA le proporcionará una lista de los médicos tratantes disponibles en su área y se asegurará de que todos los registros médicos se transfieran inmediatamente desde el proveedor. Recibirá una notificación por escrito antes de la fecha de entrada en vigor de la rescisión del proveedor. En los casos en que no sea posible notificar con anticipación debido a la muerte repentina de un proveedor, se comunicará con usted para organizar la selección de un nuevo médico tratante.

Si un proveedor abandona la red y usted está recibiendo atención por una afección potencialmente mortal o una afección aguda por la cual la interrupción de la atención lo perjudicaría, la compañía de seguros continuará reembolsando al proveedor por un período que no exceda los 90 días a solicitud del proveedor, para garantizar una transición segura mientras selecciona un nuevo médico tratante. Una disputa relacionada con 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, es posible que no se le exija que seleccione un médico tratante de USA WIN si la compañía de seguros determina que cambiar de médico sería médicamente perjudicial para usted. Es posible que se le haga la transición a un proveedor participante de USA WIN cuando se vuelva médicamente estacionario, o ya no sería médicamente perjudicial cambiar de proveedor. En tales casos, la compañía de seguros revisará su plan de tratamiento propuesto y ayudará a su proveedor tratante a hacer la transición de su atención a un proveedor de la red.

IX. AUTORIZACIÓN PREVIA

La autorización previa determina si los servicios médicos son médicamente necesarios y se proporcionan en el entorno adecuado o en el nivel de atención adecuado. Los requisitos de autorización previa son responsabilidad del proveedor participante de USA WIN, no de usted, el empleado.

Los servicios fuera de la red siempre requieren autorización previa. Si no se obtiene una autorización previa o una remisión para los servicios fuera de la red, no hay beneficios disponibles y se denegarán las reclamaciones fuera de la red. Consulte "Servicios fuera de la red" para conocer las excepciones a este requisito. El agente de revisión de utilización de la compañía de seguros o de USA WIN responderá a la solicitud de autorización previa dentro de los períodos que se describen a continuación:

- Dentro del 3er día hábil para solicitudes de autorización previa;
- 24 horas después de la recepción de una solicitud de atención de hospitalización concurrente; y
- Dentro de 1 hora para el tratamiento posterior a la estabilización o una afección potencialmente mortal.

Nota: El incumplimiento de los requisitos de autorización previa puede resultar en la falta de pago. Los proveedores no pueden facturar ni cobrar honorarios a los empleados por los servicios. Esta lista no puede ser revisada sin notificación previa a proveedores y empleados según la ley aplicable.

Servicios que requieren autorización previa

La atención médica que no sea de emergencia que requiera autorización previa, según lo consideren las compañías de seguros, incluirá lo siguiente:

La siguiente lista representa los procedimientos que generalmente requieren autorización previa de las ASEGURADORAS de USA WIN que utilizan USA Worker's Injury Network. Esta lista no pretende ser exhaustiva ni exhaustiva y puede variar según las ASEGURADORAS. Los proveedores de la red USA WIN deben verificar los requisitos específicos de autorización previa con la ASEGURADORA antes de prestar servicios de atención médica.

- Todas las hospitalizaciones
- Todas las cirugías
- Todas las cirugías ambulatorias, incluyendo: inyecciones epidurales de esteroides, inyecciones facetarias, inyecciones en puntos gatillo, inyecciones en la articulación sacroilíaca, inyecciones de proloterapia, crioterapia radiológica y manipulaciones bajo anestesia, e incluyendo el sitio o instalación específica donde se realizará el servicio
- Repetir estudios diagnósticos
- Todos los equipos médicos duraderos
- Dependencia química, programas de pérdida de peso y membresías de gimnasios
- Todos los servicios y tratamientos de atención médica en hogares de ancianos, convalecientes, residenciales y todos los servicios y tratamientos de atención médica en el hogar
- Pruebas psicológicas o psiquiátricas, y evaluaciones
- Todos los estimuladores del crecimiento óseo
- Todos los procedimientos de quimionucleólisis, descompresiones axiales vertebrales (Vax-D), termocoagulación por radiofrecuencia de las articulaciones facetarias (RFTC) y procedimientos de IDET
- Todos los mielogramas, discogramas, venogramas, electromiogramas de superficie, EMG y estudios de conducción nerviosa
- Endurecimiento del trabajo y acondicionamiento del trabajo
- Programas de Rehabilitación
- Todos Fisioterapia, terapia ocupacional, terapia quiropráctica y manipulaciones quiroprácticas
- Todas las referencias fuera de la red

- Trabajo dental de más de \$1000
- Pruebas psicológicas
- Solicitud de medicamentos a largo plazo, especialmente narcóticos
- Psicoterapia, con trabajador social, psicólogo o psiquiatra
- Biorretroalimentación y manejo del dolor, evaluación inicial y programas "completos" de manejo del dolor crónico

De conformidad con el Capítulo 134 del TAC, Subcapítulo F, Regla §135.540 del Título 28 del TAC Autorización previa para reclamaciones sujetas al formulario cerrado de la División. La autorización previa solo se requiere para:

(1) medicamentos identificados con un estado de "N" en la edición actual del Tratamiento de ODG en la Compensación de Trabajadores (ODG) / Apéndice A, Formulario de Medicamentos de Compensación de Trabajadores de ODG y cualquier actualización;

(2) cualquier compuesto que contenga un medicamento identificado con un estado de "N" en la edición actual del Tratamiento de ODG en la Compensación de Trabajadores (ODG) / Apéndice A, Formulario de Medicamentos de Compensación de Trabajadores de ODG y cualquier actualización; y

(3) cualquier medicamento en investigación o experimental para el cual exista evidencia científica o clínica temprana y en desarrollo que demuestre la eficacia potencial del tratamiento, pero que aún no es ampliamente aceptado como el estándar de atención prevaleciente según se define en el Código Laboral §413.014 (a).

c) Autorización previa de los sistemas de administración intratecal de medicamentos.

(1) Un sistema de administración intratecal de medicamentos requiere autorización previa de acuerdo con las pautas de tratamiento de la red certificada y los requisitos de autorización previa de conformidad con el Capítulo 1305 y el Capítulo 10 de este título del Código de Seguros (relacionados con las Redes de Atención Médica de Compensación para Trabajadores).

(2) Las reposiciones de un sistema de administración intratecal de medicamentos con medicamentos excluidos del formulario cerrado, que se facturan utilizando los códigos J de nivel II del Sistema de Codificación de Procedimientos Comunes para la Atención Médica (HCPCS) y se envían en un formulario de facturación CMS-1500 o UB-04, requieren autorización previa anualmente. También se requiere autorización previa para estos resurtidos siempre que:

(A) los medicamentos, la dosis o el rango de dosis, o el régimen de medicamentos propuesto por el médico que prescribe difiere de la dosis de medicamentos o el rango de dosis, o el régimen de medicamentos previamente autorizado por ese médico que prescribe; o

(B) hay un cambio de médico prescriptor.

X. PROCEDIMIENTOS DE QUEJA Y APELACIÓN

Para quejas, disputas o apelaciones generales, una de las partes debe comunicarse con USA WIN por carta, correo electrónico o teléfono. Todas las quejas y disputas deben presentarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la acción en disputa.

La queja debe enviarse por correo a:

USA Worker's Injury Network
 Attn: Executive Director PNA
 4609 Bee Caves Road
 Austin, Texas 78746
 512.306.0201
 Línea gratuita: 800.872.0820
 Fax: 512.328.6785

Correo electrónico: medicalreviewcommittee@usamco.com

USA WIN acusará recibo de la queja por carta dentro de los 7 días calendario y enviará una carta de acuse de recibo que incluirá una descripción de los procedimientos de queja, los plazos y un formulario de queja de una página (**Anexo A**) para que la parte apelante lo complete si la queja se recibe verbalmente. En ese momento, se solicitará cualquier información adicional que pueda justificarse para procesar la disputa. Siempre estamos disponibles para discutir cualquiera de estos temas con usted si así lo desea.

Después de que la red haya investigado una queja, USA WIN emitirá una carta de resolución al denunciante a más tardar 30 días calendario después de que la red reciba la queja escrita u oral.

Si el demandante no está satisfecho con la resolución de la queja o el proceso, el demandante puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas de acuerdo con la Sección XIV.

USA WIN no participará en ninguna acción de represalia contra un empleado, empleador o proveedor porque el empleado, empleador, proveedor o cualquier otra persona que actúe en nombre del empleador o empleado haya presentado una queja contra la red.

XI. REVISIÓN DE UTILIZACIÓN DE DETERMINACIONES ADVERSAS (DENEGACIONES)

Determinación adversa significa una determinación por parte de un agente de revisión de utilización de que los servicios de atención médica prestados o propuestos para ser proporcionados a un paciente no son médicamente necesarios, son experimentales o de investigación.

Las apelaciones que surjan de las decisiones tomadas en el proceso de revisión de la utilización del servicio o en el proceso de garantía de calidad deben hacerse oralmente o por escrito. La apelación o queja puede ser presentada por el paciente o alguien que actúe en su nombre, o por el médico o proveedor de atención médica del paciente.

Cuando surge una disputa médica, la compañía de seguros la remite a un miembro de su Comité de Revisión Médica. Este comité está compuesto por médicos designados por la compañía de seguros con la experiencia y las especialidades adecuadas para revisar los problemas de tratamiento en disputa y no incluirá al médico que tomó la decisión original. Los miembros del comité revisarán el problema del tratamiento médico y tomarán una determinación sobre si mantener la decisión, obtener información adicional o revertir la decisión. Cada vez que se requiera u obtenga información médica adicional a través del proceso de reconsideración, se incluirá en la revisión.

Un empleado, una persona que actúe en nombre del empleado o el proveedor solicitante del empleado podrá, a más tardar 30 días después de la fecha de emisión de la notificación por escrito de una determinación adversa, solicitar la reconsideración de la determinación adversa, ya sea oralmente o por escrito. El proceso de reconsideración se completará dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que la compañía de seguros reciba la solicitud. Al finalizar el proceso de reconsideración, la compañía de seguros notificará a todas las partes por escrito de la decisión. Dicha notificación incluirá una explicación de las razones de la decisión, incluida cualquier base médica o clínica para la decisión, las credenciales de cualquier proveedor médico consultado en el proceso y los estados de licencia de esos proveedores. También se informará a las partes del derecho a solicitar la revisión de una denegación por parte de una organización de revisión independiente. Dicha revisión puede solicitarse mediante la cumplimentación de los formularios que permiten la solicitud de una revisión independiente, que se incluyen en este aviso. Los formularios también están disponibles en el sitio web del Departamento de Seguros de Texas: www.tdi.state.tx.us o enviando una solicitud a:

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

Una solicitud de revisión independiente debe presentarse a más tardar el día calendario 45 después de la denegación de la reconsideración.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar el formulario, puede comunicarse con el Departamento de Seguros de Texas al número proporcionado en el formulario.

La compañía de seguros notificará de inmediato al Departamento de Seguros de Texas cuando haya habido una solicitud de revisión independiente. La notificación se realizará a través de transmisión electrónica y estará en el formulario requerido por el Departamento de Seguros de Texas. El agente de revisión de utilización puede acceder al Departamento de Seguros de Texas en días hábiles entre las 7:00 a.m. y 5:00 p.m., hora estándar del centro, de lunes a viernes, para obtener la asignación de una organización de revisión independiente.

El Departamento de Seguros de Texas informará a la compañía de seguros y al paciente de la organización de revisión independiente asignada al caso. Dentro de los 3 días posteriores a esa notificación, la compañía de seguros debe proporcionar lo siguiente a la organización de revisión independiente:

- Todos los registros médicos relevantes relacionados con el tema en disputa;
- Cualquier documento en el que se base la compañía de seguros para la decisión de revisión de la utilización;
- Una copia de la notificación de los resultados de la revisión interna por parte de la compañía de seguros;
- Cualquier información proporcionada a la compañía de seguros para respaldar la apelación; y
- Una lista de nombres y números de teléfono de cualquier proveedor de atención médica que haya proporcionado tratamiento y/o que pueda tener registros relevantes para la apelación.

Después de la revisión y decisión de una organización de revisión independiente en virtud de esta sección, una parte en una disputa médica que impugne la decisión puede solicitar una revisión judicial de la decisión. La División de Compensación al Trabajador y el Departamento no se consideran partes en la disputa médica. Una decisión de una organización de revisión independiente relacionada con una solicitud de autorización previa o revisión concurrente es vinculante. La compañía de seguros es responsable de la atención médica durante la tramitación de cualquier apelación, y la compañía de seguros cumplirá con la decisión.

Si no se solicita una revisión judicial en virtud de esta sección, la compañía de seguros deberá cumplir con la decisión de la organización de revisión independiente.

XII. DERECHOS ESPECIALES DE APELACIÓN

Las partes tendrán derecho a procedimientos de reconsideración acelerados para la denegación de la autorización previa de tratamiento que implique tratamiento posterior a la estabilización, condiciones que pongan en peligro la vida o denegación de estadías continuas para los empleados hospitalizados. Dichas solicitudes se revisarán de la misma manera que se indica anteriormente, pero se proporcionará una respuesta dentro de un día hábil a partir de la fecha de recepción de toda la información necesaria para completar la reconsideración.

Un paciente con una afección potencialmente mortal no está obligado a completar el proceso de reconsideración, pero puede proceder directamente a una solicitud de revisión independiente. El afiliado, la persona que actúe en nombre del afiliado o el proveedor registrado del afiliado determinará la existencia de una afección potencialmente mortal.

Si cree que reúne los requisitos y desea solicitar una revisión por parte de una organización de revisión independiente, puede hacerlo sin costo alguno para usted. El Departamento de Seguros de Texas asignará al azar una organización de revisión independiente a su caso y notificará a la compañía de seguros dentro de un día de esa asignación. Luego, la compañía de seguros proporcionará todos los registros médicos necesarios para su caso a la organización de revisión independiente para su consideración.

XIII. APELACIONES DE DETERMINACIONES ADVERSAS (DENEGACIONES)

Para garantizar una respuesta oportuna a una apelación, incluya la siguiente información y envíela a:

(Dejado en blanco intencionalmente: inserte información específica del operador)

En el recurso de casación deberá incluirse la siguiente información:

- Su nombre completo;
- Número de Seguro Social:

- Si la apelación de la despedida no es el afiliado, incluya el nombre completo y la relación con el afiliado:
- Fechas de notificación durante las cuales se llevó a cabo la apelación, si corresponde: 13
- Lugar donde se llevaron a cabo los servicios, es decir, hospital, consultorio médico, radiología, visita de atención médica domiciliaria en el hogar, etc., si corresponde;
- Si la apelación es para los servicios de la sala de emergencias, envíe una copia del registro de la sala de emergencias; y
- Proporcione una breve descripción del incidente, incluidos los nombres, las fechas y las horas que respaldarán la resolución de la apelación.

XIV. QUEJAS ANTE EL DEPARTAMENTO DE SEGUROS DE TEXAS

Cualquier persona, incluida una persona que haya intentado resolver una queja a través del proceso del sistema de quejas de una red o que haya intentado resolver una disputa que no esté satisfecha con la resolución de la queja, puede presentar una queja al departamento. Para que se considere completa, la queja debe incluir su información de contacto, incluido el nombre, la dirección, el número de teléfono, una copia de la determinación y cualquier evidencia que haya proporcionado a la compañía de seguros para su consideración.

Envíe su queja a:
Departamento de Seguros de Texas
HMO Division, Mail Code 103-6A
P.O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104
Línea gratuita: 1-800-252-7031
Fax: 512-490-1012

Puede utilizar el formulario de queja en línea en www.tdi.state.tx.us.
Enviar quejas por correo electrónico consumerprotection@tdi.texas.gov

ANEXO A

FOR INTERNAL USE ONLY	
DATE RECEIVED	
CONCERN #	



FORMULARIO DE QUEJA O RECLAMACIÓN

Queja iniciada por: Proveedor Empleado Empleador Aseguradora
 Queja involucra: Servicio Médico Otro

INITIATOR OF COMPLAINT

Nombre (apellido, nombre):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Postal:
# Teléfono: ()		

Nombre del empleado: _____	Asegurador: _____
Nombre del proveedor: _____	Contacto: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: Estado Postal	Ciudad: Estado Postal
# Teléfono: ()	# Teléfono: ()

Nombre del grupo: _____	Asegurador: _____
Nombre del proveedor: _____	Contacto: _____
Dirección: _____	Dirección: _____
Ciudad: Estado Postal	Ciudad: Estado Postal
# Teléfono: ()	# Teléfono: ()

Fecha de la Herida: _____ **Fecha de la acción en disputa:** _____

*** Nota: USA Worker's Injury Network no puede investigar a fondo esta queja / reclamo sin el consentimiento por escrito para obtener copias de sus registros médicos u otros documentos relacionados. Los registros se mantienen confidenciales y se utilizan únicamente con el fin de resolver quejas.*

- Sí, por la presente autorizo USA Managed Care Organization/USA Worker's Injury Network permiso para obtener y revisar todos los registros médicos y/u otros registros relacionados. Puede revelar mi nombre y la naturaleza de esta inquietud para obtener información adicional. Estoy de acuerdo con que se acepte una copia fotostática y/o un facsímil de este comunicado, si es necesario.
- No, no autorizo la divulgación de mi nombre o la naturaleza de esta inquietud para obtener información adicional.

Firma del demandante: _____ Fecha: _____

