



Complete esta información, si es que la sabe:

No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

Solicitud para Programar una Audiencia para Disputar Beneficios Médicos (Medical Contested Case Hearing –MCCH, por su nombre y siglas en inglés)*Escriba a máquina (o a mano, usando tinta negra) cada artículo en este formulario.***I. ESPECIFICACIONES DE LA SOLICITUD****1. Marque la casilla apropiada para indicar el tipo de audiencia para disputar beneficios médicos que está solicitando:**

Apelación de una Revisión por parte de una Organización Independiente (Independent Review Organization –IRO, por su nombre y siglas en inglés), Decisión de la Necesidad Médica (Medical Necessity Decision, por su nombre en inglés) ante TDI-DWC.

Adjunte una copia de la decisión de la IRO.

Apelación de la Decisión por la Disputa de Honorarios Médicos (Appeal of Medical Fee Dispute Decision, por su nombre en inglés) ante la Oficina Estatal para Audiencias Administrativas (State Office of Administrative Hearings –SOAH, por su nombre y siglas en inglés).

Ingrese la fecha en que concluyó la Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference, por su nombre en inglés) (mm/dd/aaaa)

AVISO IMPORTANTE: En una apelación ante SOAH, es requerido que la parte que perdió el caso reembolse a TDI-DWC por los costos de los servicios que fueron proporcionados en SOAH. En caso de una anulación (dismissal, por su nombre en inglés), será requerido que el participante que solicitó la audiencia ante SOAH reembolse a TDI-DWC. Estos requisitos no aplican al empleado lesionado.

2. Marque la casilla(s) apropiada para indicar los servicios que desea solicitar, si es que los hay:

MCCH Apresurado (especifique la razón*) _____

Adaptaciones Especiales (especifique) _____

*No incluye la reclamación de la persona que fue la primera en responder (first responder, por su nombre en inglés). Vea la Sección III, Casilla 10 referente a las reclamaciones apresuradas de las personas que fueron las primeras en responder.

II. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

3. Nombre del Empleado (Apellido, Nombre, Inicial)	4. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa)
5. Dirección Física del Empleado (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)	
6. Nombre de la Aseguradora	
7. Nombre del Negocio del Empleador (al momento en que ocurrió la lesión)	
8. Dirección del Negocio del Empleador (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC



III. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE

9. Marque la casilla apropiada:	
<input type="checkbox"/> Empleado Lesionado <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Sub-reclamante <input type="checkbox"/> Agente de Procesamiento en la Farmacia <input type="checkbox"/> Aseguradora <input type="checkbox"/> Abogado de _____	
10. Proporcione la siguiente información:	
¿Es el empleado lesionado el primero en responder, según lo definido en el Código Laboral de Texas (Texas Labor Code, por su nombre en inglés) §504.055, quien sufrió una grave lesión corporal*?	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es "Sí", TDI-DWC apresurará un MCCH de la siguiente manera:	
<ul style="list-style-type: none"> • Disputa por <u>Honorarios Médicos</u>: El MCCH será apresurado solamente si el solicitante es el empleado lesionado. • Disputa por <u>Necesidad Médica</u>: El MCCH será apresurado sin importar el tipo de solicitante. 	
*lesión corporal que crea un riesgo substancial de muerte o que causa muerte, grave desfiguramiento permanente, o pérdida prolongada o impedimento de la función de cualquier miembro u órgano del cuerpo.	
11. Si el empleado lesionado ha sido marcado en la Casilla 9, ¿está siendo ayudado el empleado lesionado por la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel - OIEC, por su nombre y siglas en inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. Dirección Postal del Solicitante (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	
13. Nombre/Título Impreso del Solicitante	14. Número de Teléfono
15. Firma del Solicitante	16. Fecha de la Firma (mm/dd/aaaa)

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov/commissioner/legal/lccorprc.html.

Nombre del Empleado:
Número de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de TDI-DWC



Preguntas Frecuentes

Solicitud para Programar una Audiencia para Disputar Beneficios Médicos (MCCH)

¿Dónde se llevará a cabo el MCCH?

- **Disputa por Honorarios Médicos:** La Oficina Estatal para Audiencias Administrativas (SOAH) programará la audiencia en las oficinas de SOAH en el Condado de Travis.
- **Disputa por Necesidad Médica:** El Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC) programará el MCCH en un lugar que esté localizado a no más de 75 millas de la residencia del empleado lesionado al momento en que sucedió la lesión o de la dirección que se muestra en este formulario, a menos que exista una buena causa para que se seleccione un lugar diferente. Usted puede solicitar otro lugar, pero debe proporcionar una razón que sea aceptable para poder reubicar el procedimiento. TDI-DWC determinará si es apropiado cambiar el lugar. Además, los empleados lesionados pueden solicitar que el MCCH se lleve a cabo mediante una conferencia telefónica.

¿Qué tipo de adaptaciones especiales se proporcionarán?

TDI-DWC o SOAH proporcionarán adaptaciones a los participantes que califiquen bajo la Ley de Derechos para Americanos con Incapacidades (Americans with Disabilities Act –ADA, por su nombre y siglas en inglés), así como otras adaptaciones razonables a discreción del juez de derecho administrativo (administrative law judge, por su nombre en inglés).

¿Quién determina si un MCCH es apresurado?

Si se ha solicitado un MCCH apresurado en la Sección I, Casilla 2, TDI-DWC determinará si programar el MCCH de manera apresurada es lo más apropiado.

Si se ha marcado “Si” en la Sección III, Casilla 10 para indicar que el empleado lesionado fue el primero en responder, TDI-DWC apresurará un MCCH de la siguiente manera:

- **Disputa por Honorarios Médicos:** El MCCH será apresurado solamente si el solicitante es el empleado lesionado.
- **Disputa por Necesidad Médica:** El MCCH será apresurado sin importar el tipo de solicitante.

¿Cuál es la fecha límite para presentar el Formulario DWC-049?

- **Disputa por Honorarios Médicos:** Usted debe presentar el formulario ante TDI-DWC a no más tardar del día número 20 después de que haya concluido la Conferencia para Revisión de Beneficios.
- **Disputa por Necesidad Médica:** Usted debe presentar el formulario ante TDI-DWC a no más tardar del día número 20 después de la fecha en que se envió a la parte apelante la decisión de la Revisión por parte de una Organización Independiente (IRO).

¿A dónde debo enviar el Formulario DWC-049?

El formulario completo, incluyendo una copia de la decisión de la IRO (si es que aplica), deben ser enviados por fax al (512) 804-4011 o ser enviado por correo postal a la dirección que se muestra abajo.

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
PO Box 12050
Austin, Texas 78711

¿Es opcional alguna de la información que es solicitada?

No, proporcione toda la información que es solicitada. Un MCCH solamente será programado si el formulario está completo. Un formulario incompleto puede demorar la resolución de su disputa.

¿Es requerido que yo asista al MCCH?

Si usted no asiste, el MCCH se puede llevar a cabo sin que usted esté presente. No asistir al MCCH podría resultar en una recomendación para que se le aplique a usted una sanción o multa, a menos que pueda demostrar una buena causa que justifique su ausencia. Un empleado lesionado debe asistir a cualquier procedimiento relacionado con una disputa sobre su reclamación, aun si el empleado lesionado no fue quien solicitó el procedimiento.

¿Con quién me comunico si tengo preguntas sobre cómo solicitar un MCCH?

Comuníquese con TDI-DWC llamando al (512) 804-4010 o al 1-800-252-7031. Un empleado lesionado que no es representado por un abogado, también puede recibir asistencia comunicándose con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y siglas en inglés) al teléfono 1-866-393-6432.