

Complete esta información si es que la sabe:

No. de Reclamación de DWC

No. de Reclamación de la Aseguradora

## Solicitud para obtener un reembolso por gastos de viaje

**Instrucciones para presentar la solicitud:** Llene las casillas 1-11 y firme el formulario. **Envíelo a la aseguradora** dentro de un año, a partir de la fecha en la que usted incurrió (cobró) estos gastos. Guarde una copia del formulario que completó y de los recibos. No envíe este formulario a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation -DWC, por su nombre y siglas en inglés).

### Parte 1: Información sobre el empleado lesionado, empleador, y aseguradora

<b>1. Nombre del empleado</b> (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	<b>2. Fecha de la lesión</b> (mm/dd/aaaa)
<b>3. Dirección postal del empleado</b> (Calle o Apartado Postal, Estado, Código Postal)	
<b>4. Empleador</b> (al momento de la lesión)	<b>5. Número de teléfono del empleado</b>
<b>6. Nombre de la aseguradora</b>	<b>7. Número de fax de la aseguradora</b>

### Parte 2: Información sobre el viaje

<b>8. Viajes para obtener tratamiento médico y exámenes a más de 30 millas de ida.</b>			
<b>Fecha</b>	<b>Viajó desde</b> (dirección)	<b>Viajó a</b> (nombre y dirección del proveedor de servicios médicos)	<b>Millas manejadas</b> (de ida y vuelta)



9. Hospedaje y comidas. Envíe los recibos para estos gastos.			
Fecha	Lugar	Comidas	Hotel/hospedaje
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

**Parte 3: Declaración del empleado lesionado**

Yo certifico que la información anterior es correcta y es para los viajes para recibir tratamiento o para un examen por mi lesión relacionada con el trabajo.

<b>10. Firme aquí:</b>	<b>11. Fecha:</b>
------------------------	-------------------

**Parte 4: Respuesta de la aseguradora a la solicitud del empleado lesionado para obtener un reembolso por los gastos de viaje**

Usted debe proporcionar una explicación en lenguaje claro sobre cualquier pago parcial o denegación bajo el Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) Sección 134.110(f). Complete esta sección o use su propio formulario y envíe una copia al empleado lesionado y al representante del empleado lesionado, si es que lo hay.

<b>12. Respuesta</b> La cantidad solicitada es: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Parcialmente Denegada	<b>13. Razón de la denegación:</b>	
	<b>14. Nombre del ajustador:</b>	<b>15. Número de licencia:</b>



## Preguntas Frecuentes

### Solicitud para obtener un reembolso por gastos de viaje (Formulario DWC-048)

#### ¿Qué gastos se me pueden reembolsar?

Si tiene una lesión relacionada con el trabajo, usted puede ser reembolsado por los gastos de viaje de algunos tratamientos médicos o exámenes que estén a más de 30 millas de ida si:

- El tratamiento médico no está razonablemente disponible dentro de 30 millas de donde usted vive; o
- Los exámenes médicos requeridos, exámenes con el médico designado, y tratamiento posterior del médico designado, médico de tratamiento, o examen médico de referencia están a más de 30 millas de ida.

Si usted tiene más gastos para enviar, puede adjuntar más páginas. Incluya la información en las casillas 8 y 9.

**Millaje:** Si viaja de su casa o área de trabajo al consultorio del proveedor de servicios médicos, usted puede ser reembolsado por el millaje utilizando la ruta que razonablemente sea la más corta. Alguna información que usted debe saber:

- Hable con su ajustador si tiene preguntas sobre cómo obtener un reembolso por el millaje debido a tratamientos médicos o exámenes que no estén razonablemente disponibles dentro de 30 millas de donde usted vive.
- Si usted partió de un lugar que no sea su casa o su área de trabajo, el millaje se basará en la distancia desde el consultorio del proveedor de servicios médicos a su casa, área de trabajo, o el punto actual de partida, cualquiera que sea el más cercano.
- La cantidad reembolsada se basará en el índice de viaje para los empleados del estado. Para obtener esos índices, visite [fmx.cpa.texas.gov/fmx/travel/texttravel/rates/current.php](http://fmx.cpa.texas.gov/fmx/travel/texttravel/rates/current.php) o llámenos al 800-252-7031.

**Hotel y comidas:** Si su viaje razonablemente incluye una noche de hospedaje, usted puede ser reembolsado por el costo del hotel u otro hospedaje y comidas relacionadas con su viaje. Alguna información que usted debe saber:

- Hable con su ajustador si tiene preguntas sobre si es razonable que su viaje incluya hospedaje de una noche.
- Usted debe enviar con este formulario una copia de los recibos de la noche de hospedaje y de sus comidas.
- La cantidad reembolsada no puede ser más que el índice de viaje para los empleados del estado. Para obtener esos índices, visite en [fmx.cpa.texas.gov/fmx/travel/texttravel/rates/current.php](http://fmx.cpa.texas.gov/fmx/travel/texttravel/rates/current.php) o llámenos al 800-252-7031.

#### ¿Qué sucede después?

Dentro del transcurso de 45 días, a partir de la fecha en la que reciben su formulario, la aseguradora debe reembolsar su solicitud por los gastos de viaje o denegar su solicitud completando este formulario o usando su propio formulario explicando por qué no pagarán por el viaje.

Usted puede solicitar una conferencia para revisión de beneficios si la aseguradora no reembolsa todo o parte de los gastos de su viaje. En la conferencia, alguien de DWC lo escuchará a usted y a la aseguradora y tratará de ayudarlo para llegar a un acuerdo. Un empleado lesionado que no es representado por un abogado también puede obtener ayuda comunicándose con la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) al 866-393-6432.

**Más información:** Consulte el 28 TAC Sección 134.110 referente al reembolso de los gastos de viaje; Código Laboral Sección 408.004(c)(2) y 28 TAC Sección 126.6(l) referente a los exámenes médicos requeridos; Código Laboral Sección 408.0041(h)(2) y 28 TAC Sección 126.17(c) referente al tratamiento posterior del médico designado o exámenes médicos de referencia.

**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](mailto:DWCLegalServices@tdi.texas.gov) o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).