



TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE

Division of Workers' Compensation (MS-94)
7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1645
(800) 252-7031 | F: (512) 804-4378 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

DWC048

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

Empleado Lesionado: Llene las Secciones A-C y envíe a la aseguradora. Si necesita el número de fax de la aseguradora, llámenos al (800) 252-7031. Vea la página 2 para obtener más detalles.

A. Información sobre el Empleado Lesionado, Empleador, y Aseguradora

1. Nombre del Empleado (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)		2. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa)	
3. Dirección Postal del Empleado (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)			
4. Empleador (al momento de la lesión)		5. Número de Teléfono del Empleado	
6. Nombre de la Aseguradora		7. Número de Fax de la Aseguradora	

B. Información sobre el Viaje

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

Para calcular la cantidad: el total de millas X índice de millaje del estado = cantidad reembolsada
Visite <https://fm.xcpa.state.tx.us/fm/travel/travelrates.php> para obtener información sobre el índice de millaje del estado o llámenos al (800) 252-7031.

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

* La cantidad reembolsada no puede ser más que el índice de viaje para los empleados del estado. Para obtener estos índices, visite <https://fm.xcpa.state.tx.us/fm/travel/travelrates.php> o llámenos al (800) 252-7031.

C. Declaración del Empleado Lesionado

Yo certifico que la información en la parte de arriba es correcta y que los viajes son para obtener tratamiento o un examen para mi lesión relacionada con el trabajo.

10. Firme aquí:	11. Fecha:
-----------------	------------



Aseguradora: 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) §134.110(f). Usted puede completar la Sección D o utilizar su propio formulario y enviar una copia al empleado lesionado y al representante del empleado lesionado, si es que lo hay.

D. Respuesta de la Aseguradora a la Solicitud del Empleado Lesionado para Obtener un Reembolso por los Gastos de Viaje

12. Respuesta La cantidad solicitada es: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Parcialmente Denegada	13. Razón	
14. Nombre del Ajustador:	15. Número de Licencia:	16. Fecha:

Empleado Lesionado: Si su solicitud fue denegada, o parcialmente denegada, usted puede apelar esta decisión solicitando una conferencia para revisión de beneficios. Llame al (800) 252-7031 o visite www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc045brc.pdf para completar el Formulario DWC-045.

Información que Usted debe Saber

Si tiene una lesión relacionada con el trabajo, usted puede obtener reembolso 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 del lugar donde usted vive; o
- Los exámenes médicos requeridos, exámenes con el médico designado, y tratamiento posterior del médico designado o exámenes para recomendaciones están a más de 30 millas de ida.

Millaje: Si usted viaja de su casa o lugar de trabajo a la oficina 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:

- Si usted partió de un lugar que no sea su casa o su lugar de trabajo, el millaje se basará en la distancia desde la oficina del proveedor de servicios médicos a su casa, lugar de trabajo, o el punto actual de partida, cualquiera que sea el más cercano.
- La cantidad reembolsada será basada en el índice de viaje para los empleados del estado. Para obtener estos índices, visite <https://fmx.cpa.state.tx.us/fm/travel/travelrates.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:

- 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. Estos índices son mostrados en <https://fmx.cpa.state.tx.us/fm/travel/travelrates.php> o llámenos al (800) 252-7031.

Cómo presentar este formulario: Complete y firme el formulario. Envíelo a la aseguradora dentro del transcurso de 1 año a partir de la fecha en la que incurrió (cobró) estos costos. Guarde una copia del formulario completo y de los recibos. Si necesita ayuda, llámenos al (800) 252-7031.

Qué sucede después: Dentro del transcurso de 45 días, a partir de la fecha en que su formulario es recibido, la aseguradora debe reembolsar su solicitud por los gastos de viaje o denegar su solicitud completando la Sección D o usando su propio formulario donde explica 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 la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) lo escuchará a usted y a la aseguradora y tratará de ayudar para que usted llegue a un acuerdo. Un empleado lesionado que no cuenta con representación por parte de un abogado también puede recibir asistencia 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: Vea el 28 TAC §134.110 referente al reembolso de los gastos de viaje; Código Laboral §408.004(c)(2) y 28 TAC §126.6(l) referente a los exámenes médicos requeridos; Código Laboral §408.0041(h)(2) y 28 TAC §126.17(c) referente al tratamiento posterior del médico designado o exámenes médicos para recomendaciones.

Nota: Con algunas excepciones, a petición suya, usted tiene derecho a ser informado sobre la información que TDI-DWC reúne sobre usted; así como recibir y revisar dicha información (Código Gubernamental §§552.021 y 552.023); y solicitar que TDI-DWC corrija la información que está incorrecta (Código Gubernamental, §559.004). Para obtener más información, comuníquese con agencycounsel@tdi.texas.gov o puede consultar la sección de [Procedimientos para Correcciones](#) en www.tdi.texas.gov.