[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación de Mejoramiento Máximo Médico e Impedimento Permanente**

Fecha: [Date]

A: [Name of injured employee]

 [Address]

[City, state, zip]

Asunto: Fecha de la lesión: [Date of injury]

 Naturaleza de la lesión: [Nature of injury]

 Parte del cuerpo lesionada: [Part of body injured]

 No. de reclamación de DWC: [DWC claim #]

 Nombre de la aseguradora/nombre de TPA: [Carrier name/TPA name]

 No. de reclamación de la aseguradora: [Carrier claim #]

 Nombre del empleador: [Employer name]

 Dirección, ciudad, estado, código postal del empleador: [Employer address, city, state, zip]

**Nosotros, [Name of carrier], le informamos que usted recibirá beneficios de ingresos de impedimento de compensación para trabajadores.**

**Usted recibirá los beneficios de ingresos de impedimento a partir de [Date after MMI].**

* Usted recibirá beneficios de ingresos en la cantidad de $[Weekly amount of IIBs] cada semana por [Number of weeks] semanas.
	+ Esta cantidad se basa en el 70% de la cantidad promedio de dinero que usted obtuvo del trabajo cada semana, la cual fue de [$$$].
	+ Si esta cantidad es reducida por cualquier razón usted recibirá una carta que le informará.
* Si usted recibe estos pagos por 8 semanas o más, puede pedirnos que establezcamos un depósito directo a su cuenta bancaria. También puede solicitar que sus pagos sean hechos una vez al mes, en lugar de cada semana.
* Esto no cambia los beneficios médicos que usted obtiene debido a su lesión.

 **El Dr. [First and last name of doctor] envió su reporte (copia adjunta) y muestra que:**

* Usted ha alcanzado el “mejoramiento máximo médico,” el cual es cuando: (1) no se puede esperar más sanación o recuperación de su lesión, o (2) a usted se le pagaron beneficios de ingresos temporales durante el tiempo que es permitido por la ley.
* El médico le dio a usted un porcentaje de impedimento de cuerpo entero del [Rating number] %. Este porcentaje muestra a qué porcentaje la lesión relacionada con el trabajo ha afectado su cuerpo entero.

☐ Si esta casilla ha sido marcada: Nosotros no estamos de acuerdo con el porcentaje de impedimento de cuerpo entero del médico. Nosotros le proporcionamos a usted un porcentaje de impedimento de cuerpo entero del [Rating number]%. La cantidad de su beneficio se basa en el porcentaje que nosotros le otorgamos a usted.

[Insurance carrier comments]

**Si no está de acuerdo con esta decisión:**

Comuníquese conmigo primero si no está de acuerdo con esta decisión. Si después de hablar conmigo, sigue sin estar de acuerdo, tiene 90 días a partir de la fecha en que recibió el reporte del médico para presentar una disputa. Para presentar una disputa, llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores al 1-800-252-7031.

**Comuníquese conmigo si usted: (1) tiene cualquier pregunta, (2) necesita proporcionar más información sobre su reclamación, o (3) no está de acuerdo con cualquiera de esta decisión.**

 Nombre del ajustador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#  No. de teléfono gratuito: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 No. de fax/correo electrónico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si desea recibir cartas por medio de fax o correo electrónico, envíeme su número de fax o dirección de correo electrónico.

****

**Si después de comunicarse conmigo no podemos resolver el asunto:**

Llame al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers’ Compensation –TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) al 1-800-252-7031, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro.

Usted tiene derecho a solicitar una conferencia para revisión de beneficios (Benefit Review Conference –BRC, por su nombre y siglas en inglés). Si solicita una conferencia, usted se reunirá con: (1) una persona de [Name of insurance carrier], y (2) un oficial para la revisión de los beneficios del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores. Para solicitar una conferencia, llene el formulario “Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios” (DWC045) - <http://www.tdi.texas.gov/forms/dwc/dwc045brcs.pdf>.

Si no cuenta con un abogado, la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel, por su nombre en inglés) puede ayudarle a prepararse para la conferencia. Para obtener más información, visite [www.OIEC.texas.gov](http://www.OIEC.texas.gov) o llame al 1-866-393-6432, extensión 44186, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. hora del centro.

**Presentar una reclamación de compensación para trabajadores falsa es un crimen que puede resultar en multas o encarcelamiento.**

Una copia de esta carta fue enviada a:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

****

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación de Mejoramiento Máximo Médico e Impedimento Permanente** (PLN3b) Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Esta es la notificación de aviso del primer pago de los beneficios de ingresos de impedimento (impairment income benefits –IIBs, por su nombre y siglas en inglés). Esta notificación debe ser usada para informar al empleado lesionado/representante

* el pago de IIBs en una reclamación, cuando el pago de los beneficios de IIBs es el pago inicial de los beneficios de ingresos; o
* la conversión de los beneficios de ingresos temporales (TIBs) a IIBs, el cambio de TIBs a IIBs, o cuando los IIBs están siendo reestablecidos después que el pago de TIBs ha sido suspendido.

No use esta notificación para informar al empleado que:

* Ha alcanzado el mejoramiento máximo medico (MMI) y un médico ha asignado ya sea 0% de porcentaje de impedimento de cuerpo entero (IR) o que no hay impedimento permanente.
	+ En vez de eso, use la notificación PLN-3a, Notificación de Mejoramiento Máximo Médico Sin Impedimento Permanente.
* Ha alcanzado el MMI obligatorio (statutory MMI, por su nombre en inglés) y la aseguradora ha calculado el IR.
	+ En vez de eso, use la notificación PLN-3c, Notificación de Mejoramiento Máximo Médico y Cálculo de Impedimento Permanente.

La aseguradora debe:

* Llenar todos los espacios en blanco que son requeridos.
* Adjuntar una copia del reporte mencionado que certifica el MMI y el IR.

**Requisitos de formato**

* Debe usar una fuente de 12 puntos de tamaño o más grande (28 TAC §124.2(s)).

**Recomendaciones de formato**

La información enviada a los empleados lesionados debe ser escrita en lenguaje sencillo. Además de escribir claramente, es de utilidad para el lector cuando la información está en un formato limpio y fácil de leer. El uso de palabras fáciles de entender y un formato limpio podrían aumentar lo largo de su carta, pero también podría reducir en gran medida las llamadas de servicio al cliente. A continuación le mostramos algunas recomendaciones para formatear las cartas para los empleados lesionados:

* **Imprima solamente información que se aplica al lector:** (1) Elimine la sección “Instrucciones para la aseguradora,” y (2) si esta carta tiene más de una opción, elimine la opción que no se aplica al empleado lesionado.
* **Elija un estilo de letra que sea limpio:** Evite los estilos de letra altamente estilizados. Fuentes como Segoe y Verdana y Times New Roman son conocidos por ser los más fáciles de leer.
* **Evite las letras itálicas y subrayar:** Si desea enfatizar el texto, a menudo es mejor utilizar letras en negrita o en un tamaño de letra que sea más grande.
* **Use un espacio suficiente y consistente:** DWC sugiere usar 6 puntos entre párrafos y viñetas, y 12 puntos entre secciones.

**Presente la transacción apropiada de Intercambio Electrónicos de Datos (Electronic Data Interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC y no envíe esta notificación a DWC.**