



No. de reclamo de DWC

No. de reclamo de la compañía de seguros

Envíe este formulario a la dirección arriba indicada o envíe un fax al 512-804-4011.

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA PARA DISPUTAR BENEFICIOS MÉDICOS O AUDIENCIA EN LA OFICINA ESTATAL DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS (SOAH, por sus siglas en inglés) (FORMULARIO DWC-045AS)

<p>Una Audiencia para Disputar Beneficios Médicos realizada por el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores será llevada a cabo en un lugar que no esté a más de 75 millas del lugar donde vivía el reclamante al momento en que sucedió la lesión, al menos que la División determine que existe una buena causa para que se seleccione un lugar diferente. El cambio del lugar puede ser solicitado en la parte de abajo.</p> <p>Una audiencia realizada por la Oficina Estatal de Audiencias Administrativas (SOAH) será en el Condado de Travis.</p>	1. Nombre del empleado (Apellido, Nombre, Inicial)
	2. Número de Seguro Social (últimos cuatro dígitos solamente) XXX-XX-
	3. Fecha de la lesión (mes/día/año)
	4. Nombre de la compañía de seguros
	5. Nombre de la compañía del empleador

Indique la(s) casilla(s) que apliquen:

Una disputa por honorarios médicos que no excede a \$2,000. [TDI/DWC]

Una disputa por honorarios médicos que excede a \$2,000. [Oficina Estatal de Audiencias Administrativas]

Una apelación por la decisión de la Revisión por Parte de una Organización Independiente (IRO, por sus siglas en inglés) con respecto a la necesidad médica retrospectiva por servicios de salud que no exceden a \$3,000. [TDI/DWC]

Una apelación por la decisión de la Revisión por Parte de una Organización Independiente (IRO) con respecto a la necesidad médica retrospectiva por servicios de salud que exceden a \$3,000. [SOAH]

Una apelación a la decisión de la IRO con respecto a la necesidad médica retrospectiva concurrente o futura para un servicio de salud. [TDI/DWC]

Se ha solicitado el cambio del lugar porque

DEBE ADJUNTAR UNA COPIA DEL FALLO Y DECISIÓN DE LA RESOLUCIÓN DE DISPUTAS POR HONORARIOS MÉDICOS (MR-04) O UNA COPIA DE LA DECISIÓN DE LA IRO. NO INCLUYA DOCUMENTACIÓN MÉDICA CON ESTE FORMULARIO.

Las siguientes adaptaciones especiales son necesarias para el reclamante (No habla inglés, tiene una discapacidad física, mental o del desarrollo):

La Audiencia para Disputar Beneficios Médicos ha sido solicitada por:

El Empleado Compañía de seguros Empleador Sub-Reclamante Proveedor de servicios médicos

Asegurador de servicios médicos

Firma del solicitante _____

Título _____

Nombre del solicitante en letra de molde o a máquina _____

No. de teléfono _____

Dirección del solicitante _____

Fecha de la solicitud _____

copia: Compañía de seguros o empleado/ representante



FORMULARIO DWC-045A

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA PARA DISPUTAR BENEFICIOS MÉDICOS O AUDIENCIA EN LA OFICINA ESTATAL DE AUDIENCIAS ADMINISTRATIVAS (SOAH, por sus siglas en inglés)

El participante de un reclamo tiene derecho a someter la Solicitud para una Audiencia para Disputar Beneficios Médicos (FORMULARIO DWC-045A) con el Secretario Principal de Procedimientos (Chief Clerk of Proceedings, por su nombre en inglés) del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores, para poder resolver los asuntos médicos en disputa. El Secretario Principal de Procedimientos del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores fijará la conferencia. Si la audiencia se llevara a cabo por la División de Compensación para Trabajadores, esta se realizará en un lugar que no esté a más de 75 millas del lugar donde vivía el reclamante al momento en que sucedió la lesión, al menos que la División determine que existe una buena causa para que se seleccione un lugar diferente. Si la audiencia se lleva a cabo por la Oficina Estatal de Audiencias Administrativas, ésta se llevará a cabo en el Condado de Travis.

Si el solicitante es un empleado, un proveedor de servicios médicos, una aseguradora, un empleador o un asegurador de servicios médicos, debe indicar la casilla apropiada; si ninguna de estas situaciones aplica a su situación, entonces debe indicar la casilla del sub-reclamante.

El FORMULARIO DWC-045A es considerado como entregado cuando se recibe por el Secretario Principal de Procedimientos del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores o cuando personalmente es entregado al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores. **El formulario debe ser entregado al Secretario Principal de Procedimientos.** El no entregar el formulario al Secretario Principal puede retrasar el proceso.

Para presentar la solicitud de los participantes para una Audiencia para Disputar Beneficios Médicos, envíe la solicitud por correo postal o fax a:

Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Chief Clerk of Proceedings
Hearings, Mail Code HRG
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050
o al 512-804-4011 (número de fax)

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.