


**TEXAS DEPARTMENT OF INSURANCE**
**Division of Workers' Compensation (MS-35)**

 7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1645  
 (512) 804-4010 | F: (512) 804-4011 | (800) 252-7031 | TDI.texas.gov | @TexasTDI

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

## Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios para Apelar la Decisión de una Disputa por Honorarios Médicos (Benefit Review Conference to Appeal a Medical Fee Dispute Decision –BRC-MFD, 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**

<b>1. Marque SOLAMENTE una casilla para indicar el propósito de su solicitud:</b> <input type="checkbox"/> Programar un BRC-MFD <input type="checkbox"/> Reprogramar un BRC-MFD <input type="checkbox"/> Cancelar un BRC-MFD	
<b>2. Marque la casilla(s) apropiada para indicar los servicios que está solicitando, si es que los hay:</b> <input type="checkbox"/> BRC-MFD Apresurado (especifique la razón*) <div style="text-align: right; margin-top: 10px;"> <input type="checkbox"/> Adaptaciones Especiales (especifique)  <hr style="width: 20%; margin-left: auto; margin-right: 0;"/> <input type="checkbox"/> BRC-MFD Telefónico         </div>	
* No incluye a reclamaciones que implica personal de respuesta inmediata (first responders, por su nombre en inglés). Vea la Sección III, Casilla 10, con respecto a las reclamaciones apresuradas para el personal de respuesta inmediata.	

**II. INFORMACIÓN SOBRE LA RECLAMACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO**

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

**III. PARTICIPANTE QUE ESTÁ SOLICITANDO PROGRAMAR, RE-PROGRAMAR O CANCELAR EL BRC-MFD**

<b>9. Marque la casilla apropiada:</b> <input type="checkbox"/> Empleado Lesionado <input type="checkbox"/> Aseguradora <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Sub-reclamante <input type="checkbox"/> Agente de Procesamiento en la Farmacia	
<b>10. Si se ha marcado el Empleado Lesionado en la Casilla 9, proporcione la siguiente información:</b> ¿Es el empleado lesionado personal de respuesta inmediata (p. ej. policías, bomberos, paramédicos, etc.), según lo definido en el Código Laboral de Texas §504.055, quien sufrió una grave lesión corporal*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No    Si la respuesta es Sí, el BRC-MFD será apresurado	
*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.	
<b>11. ¿Está siendo asistido 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)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>12. Nombre en Letra de Molde del Solicitante</b>	
<b>13. Dirección Postal del Solicitante</b> (Calle o Apartado Postal, Ciudad, Estado, Código Postal)	Para Uso Exclusivo de TDI-DWC
<b>14. Nombre del Negocio/Empresa</b> (si es que aplica)	
<b>15. Número de Teléfono</b>	
<b>16. Número de Teléfono Alterno</b>	



## Solicitud para PROGRAMAR un BRC-MFD (Complete la Sección IV)

## IV. DOCUMENTACIÓN DE SUS ESFUERZOS PARA RESOLVER LA DISPUTA POR HONORARIOS MÉDICOS

17. Para documentar sus esfuerzos para resolver la disputa por honorarios médicos, usted debe adjuntar a esta solicitud una copia de la decisión de la Resolución de Disputa por Honorarios Médicos de DWC (DWC Medical Fee Dispute Resolution, por su nombre en inglés).

Yo certifico que proporcionaré una copia de esta solicitud a la parte o partes contrarias. También certifico que cualquier información pertinente en mi poder que no fue previamente intercambiada en el proceso de Resolución de Disputas por Honorarios Médicos ha sido proporcionada a la parte o partes contrarias.

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

## Solicitud para REPROGRAMAR o CANCELAR un BRC-MFD (Complete la Sección V)

## V. DOCUMENTACIÓN DE BUENA CAUSA PARA REPROGRAMAR O CANCELAR UN BRC-MFD

18. Marque UNA casilla en la parte de abajo para indicar la descripción que es aplicable a su solicitud:

- Reprogramar o cancelar ANTES del BRC-MFD (Complete 19 y 21)  
 Reprogramar DESPUÉS de no haber asistido al BRC-MFD (Complete 20 y 21)

19. (a) ¿Es este el primer BRC-MFD que se ha programado para esta disputa?

Sí  No

(b) ¿Está presentando esta solicitud dentro de 10 días a partir de la fecha en que recibió el aviso para el BRC-MFD?

Sí  No

\* La fecha en que se recibe el aviso de programación es considerado ser el 5º día después de la fecha del aviso.

Si las respuestas para 19(a) y 19(b) son "Sí", omita el resto de esta sección y continúe en la sección 20.

Si las respuestas para ya sea 19(a) o 19(b) son "No", adjunte a este formulario la información que es indicada y cualquier documentación que sea pertinente:

- a) una declaración que indique que usted consultó o intentó consultar con la otra parte o partes, incluyendo:
- una declaración que indique si la otra parte o partes se oponen a la solicitud;
  - una fecha y hora en que las partes están disponibles para el procedimiento reprogramado que ha sido coordinado con la sección de expedientes de la división; y
  - si no pudo consultar con la otra parte o partes sobre la solicitud, un resumen de sus esfuerzos para consultarlo; y
- b) una descripción de los hechos objetivos fuera de su control, que razonablemente:
- le impiden asistir al BRC; o
  - impiden que el BRC logre su propósito (esto puede incluir una descripción de su necesidad para una cantidad de tiempo adicional razonable para obtener la evidencia necesaria para la disputa); o
- c) una descripción de los hechos objetivos que hacen innecesario el BRC.

**NOTA:** Si esta información no es proporcionada, es posible que el BRC-MFD no pueda ser reprogramado o cancelado. Cancelar un BRC-MFD sin simultáneamente volverlo a programar es considerado como una retractación del asunto en disputa y debe cumplir con el Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code, por su nombre en inglés) §130.12, si es que aplica.

Nombre del Empleado Lesionado:

Número de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de DWC



**20. Si usted está solicitando que se vuelva a programar después de no haber asistido al BRC-MFD, usted debe adjuntar una descripción de los hechos objetivos que estuvieron fuera de su control, los cuales razonablemente no le permitieron asistir al BRC-MFD ni notificar a DWC para cancelar o reprogramar con anticipación el BRC-MFD.**

**Si no presenta la solicitud para la hora de cierre de operaciones en el tercer día laboral después de que se llevó a cabo el BRC-MFD, usted también debe adjuntar una descripción de los hechos objetivos que estuvieron fuera de su control, los cuales razonablemente no le permitieron hacer esto, lo cual justifica la tardanza subsiguiente para presentar la solicitud.**

Adjunte cualquier documentación pertinente.

**NOTA:** Si esta información no es proporcionada, es posible que el BRC-MFD no pueda ser reprogramado.

**21. Yo certifico que proporcionaré una copia de este formulario a la parte o partes contrarias.**

Firma del Solicitante \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

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

## Preguntas Frecuentes

### Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios para Apelar la Decisión de una Disputa por Honorarios Médicos (BRC-MFD)

**NOTA:** Este formulario solamente puede ser usado para programar, reprogramar, o cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios para Apelar la Decisión de una Disputa por Honorarios Médicos (BRC-MFD). No presente este formulario para programar un BRC-MFD a menos que usted esté preparado para proceder. Este formulario no debe ser usado para solicitar otras acciones por parte del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC), tal como una carta de clarificación, una audiencia para disputar beneficios, o un BRC para asuntos diferentes a la apelación de la decisión de una disputa por honorarios médicos.

#### ¿Dónde se llevará a cabo el BRC-MFD?

DWC programará el BRC-MFD 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. DWC determinará si es apropiado cambiar el lugar.

#### ¿Qué tipo de adaptaciones especiales proporcionará DWC?

DWC proporcionará adaptaciones para 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 oficial de la conferencia para revisión de beneficios (benefit review officer, por su nombre en inglés).

Nombre del Empleado Lesionado:

Número de Reclamación de DWC:

Para Uso Exclusivo de DWC



**¿Quién determina si un BRC-MFD puede ser apresurado?**

Si se ha solicitado un BRC-MFD apresurado (expedited BRC-MFD, por su nombre en inglés) en la Sección I, Casilla 2, DWC determinará si programar el BRC-MFD más rápidamente es lo más apropiado.

Si el empleado lesionado es el solicitante y se marcó "Sí" en la Sección III, Casilla 10 para indicar que el empleado lesionado es personal de respuesta inmediata (p. ej. policías, bomberos, paramédicos, etc.), DWC apresurará el BRC-MFD.

**¿Cómo debo documentar mis esfuerzos para consultar con la parte contraria antes de solicitar reprogramar o cancelar un BRC?** Adjunte copias de cartas, correos electrónicos, faxes, registros de contactos telefónicos, resúmenes de reuniones o conversaciones telefónicas.

**¿Qué significa información pertinente?**

Es la documentación relacionada con el asunto en disputa, la cual será utilizada en el BRC-MFD para ayudar a resolver la disputa. La información pertinente incluye toda la documentación que ha sido intercambiada durante el proceso de Resolución de Disputas por Honorarios Médicos y cualquier documentación adicional identificada como relevante desde que se emitió la decisión de la Resolución de Disputas por Honorarios Médicos. Es requerido que usted le proporcione la información pertinente a la parte contraria antes de solicitar el BRC-MFD. También es requerido que usted le proporcione la información pertinente a DWC a no más tardar de 14 días antes del BRC-MFD que ha sido programado, pero usted **no debe** adjuntar esta información a esta solicitud. No es requerido que usted proporcione información a la parte contraria o a DWC si esta información fue previamente proporcionada durante el proceso de Resolución de Disputas por Honorarios Médicos.

**¿Quién determina si se vuelve a programar o se cancela un BRC-MFD?**

La determinación de si existe una buena causa para reprogramar o cancelar un BRC-MFD es hecha a discreción del oficial de la conferencia para revisión de beneficios de DWC según el caso. Aun si existe una buena causa, el oficial de la conferencia para revisión de beneficios puede denegar la solicitud en base a otras consideraciones.

**¿A dónde debo enviar el formulario?**

Usted puede enviar el formulario completo por medio de fax o correo postal utilizando la información de contacto que se muestra en la parte de arriba del formulario. También puede enviarlo por fax, correo postal o puede entregarlo personalmente en la oficina local que está manejando su reclamación. Para obtener las direcciones y números de fax de las oficinas locales, visite el sitio web de TDI en [www.tdi.texas.gov/wc/dwcontacts.html#offices](http://www.tdi.texas.gov/wc/dwcontacts.html#offices) o llame a DWC al 1-800-252-7031. También es requerido que usted envíe una copia del formulario a la parte o partes contrarias. Si el empleado lesionado es asistido por la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés), envíe el formulario al empleado lesionado y a OIEC.

**¿Es opcional alguna de la información que es solicitada?**

No, proporcione toda la información que es solicitada en las secciones del formulario, que aplique a su solicitud. Las Secciones I, II, y III aplican a todas las solicitudes. La Sección IV aplica a las solicitudes para programar un BRC-MFD. La Sección V aplica a las solicitudes para reprogramar o cancelar un BRC-MFD. Un BRC-MFD solamente será programado, reprogramado o cancelado si el formulario está completo. Un formulario incompleto puede demorar la resolución de su disputa.

**¿Es requerido que yo asista al BRC-MFD?**

Si no asiste, el BRC-MFD se puede llevar a cabo sin que usted esté presente. No asistir al BRC-MFD 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 la disputa sobre su reclamación, aun si el empleado lesionado no fue quien solicitó el procedimiento.

**¿Con quién debo comunicarme si tengo alguna pregunta sobre cómo solicitar, reprogramar, o cancelar un BRC-MFD?**

Comuníquese con DWC llamando al 1-800-252-7031. Un empleado lesionado que no es representado por un abogado, también puede recibir asistencia comunicándose con OIEC al teléfono 1-866-393-6432.

**¿Qué sucede después que DWC recibe mi Formulario DWC-045MS?**

Si su solicitud para programar, reprogramar, o cancelar un BRC-MFD es aprobada, se le notificará a usted y a la parte o partes contrarias sobre la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo el BRC-MFD, si es que aplica. Si se le notifica a usted que su solicitud para un BRC-MFD fue denegada, usted puede volver a presentar la solicitud con información adicional o puede solicitar una audiencia apresurada para disputar beneficios (expedited contested case hearing, por su nombre en inglés) para determinar si su solicitud debe ser aprobada.