



**Texas Department of Insurance**  
**Division of Workers' Compensation**  
 Medical Fee Dispute Resolution  
 7551 Metro Center Drive, Suite 100 • MS-48  
 Austin, TX 78744-1645

Complete esta información, si es que la sabe:

No. de reclamación de DWC

No. de reclamación de la aseguradora

## Solicitud para Resolución de Disputas por Honorarios Médicos

### I. Información del Solicitante

<b>1. Tipo de Solicitante (marque la casilla apropiada)</b>		
<input type="checkbox"/> Empleado Lesionado <input type="checkbox"/> Proveedor de Servicios Médicos <input type="checkbox"/> Agente de Procesamiento en la Farmacia <input type="checkbox"/> Sub-reclamante		
<b>2. Si el Empleado Lesionado ha sido marcado en la Casilla 1, proporcione la siguiente información:</b>		
¿Es el empleado lesionado personal de respuesta inmediata, según lo definido en la Sección 504.055 del Código Laboral de Texas, quien sufrió una grave lesión corporal*? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                   Si la respuesta es sí, el proceso para la resolución de disputas por honorarios médicos 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>3. Nombre del Solicitante</b>	<b>4. Nombre de Contacto del Solicitante (si no es el solicitante)</b>	
<b>5. Dirección del Solicitante</b>	<b>6. Número de Teléfono del Solicitante</b>	<b>7. Número de Fax del Solicitante</b>
<b>8. Ciudad, Estado, Código Postal del Solicitante</b>	<b>9. Correo Electrónico del Solicitante</b>	

### II. Información Sobre la Reclamación

<b>10. Nombre del Empleado Lesionado</b>	<b>11. Fecha de la Lesión (mm/dd/aaaa)</b>
--	--

### III. Tabla de los Servicios en Disputa (No es requerido si se ha marcado el Empleado Lesionado en la Sección I, Casilla 1. Los empleados lesionados deben proporcionar documentación según lo mencionado en las Preguntas Frecuentes en la página 3 de este formulario.)

Fechas de Servicio en Disputa	Códigos de Tratamiento o Servicio en Disputa	Cantidad Cobrada	Cantidad Pagada	Cantidad en Disputa
<b>TOTAL</b>				



Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

**III. Tabla de Servicios en Disputa (Continuación)** (No es requerido si se ha marcado el Empleado Lesionado en la Sección I, Casilla 1. Los empleados lesionados deben proporcionar documentación según lo mencionado en las *Preguntas Frecuentes* en la página 3 de este formulario.)

Fechas de Servicio en Disputa	Códigos de Tratamiento o Servicio en Disputa	Cantidad Cobrada	Cantidad Pagada	Cantidad en Disputa
TOTAL de la Página 1				
<b>GRAN TOTAL</b>				

Nombre del Solicitante:

No. de Reclamación de DWC:



Para Uso Exclusivo de TDI-DWC

## Preguntas Frecuentes

### Solicitud para Resolución de Disputas por Honorarios Médicos (Formulario DWC060s)

#### ¿Qué documentación es requerida para presentar el Formulario DWC-060?

La documentación requerida de los servicios en disputa que debe acompañar a la solicitud para la resolución de disputas por honorarios médicos depende del tipo de entidad que está solicitando la resolución de disputas por honorarios médicos bajo el Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code -TAC, por su nombre y siglas en inglés) §133.307. Consulte la tabla en la parte de abajo como guía para los tipos específicos de solicitantes. Además, todos los solicitantes, **excepto los empleados lesionados**, deben completar la *Tabla de Servicios en Disputa*.

#### Proveedor de Servicios Médicos o Agente de Procesamiento en la Farmacia

Documentación requerida:

- Una copia de todas las facturas médicas relacionadas con la disputa.
- Una copia de todas las facturas médicas que han sido presentadas a la aseguradora para que sean reconsideradas.
- Una copia de cada explicación de los beneficios (Explanation of Benefits –EOB, por su nombre y siglas en inglés) relacionados con la disputa (o evidencia convincente de que la aseguradora recibió la solicitud para EOB).
- Una copia de la decisión final sobre la indemnización, extensión de la lesión, responsabilidad o necesidad médica por los servicios de salud relacionados con la disputa, si es que aplica.
- Una copia de todos los expedientes médicos aplicables relacionados con las fechas de servicio en disputa
- Una declaración de posición sobre los asuntos en disputa de acuerdo con la Sección 133.307(c)(2)(N) del TAC No. 28.
- Si la disputa implica un servicio de salud por el cual el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) no ha establecido un reembolso máximo permitido o índice de reembolso, incluya documentación que describa, demuestre, y justifique que la cantidad del pago que se busca es razonable y justo de acuerdo con la Sección 134.1 o Sección 134.503, según sea aplicable.
- Una copia firmada y fechada del acuerdo entre el agente y la farmacia (aplica solamente al agente de procesamiento en la farmacia).
- Otra documentación que el solicitante piense que es aplicable a la disputa por honorarios médicos.

#### Sub-reclamante

Los sub-reclamantes deben proporcionar la información apropiada y documentación de la siguiente manera:

- Una solicitud hecha bajo la Sección 409.009 del Código Laboral debe cumplir con la Sección 140.6 del TAC No.28.
- Una solicitud hecha bajo la Sección 409.0091 del Código Laboral debe cumplir con la Sección 140.8 del TAC No. 28.

## Empleado Lesionado

### Documentación requerida:

- Una descripción de los servicios en disputa, incluyendo las fechas de servicio, la cantidad que usted pagó por cada servicio en disputa, y la cantidad del honorario médico en disputa.
- Una explicación sobre porqué la cantidad en disputa debe ser reembolsada, y cómo es que la documentación que se ha presentado apoya la explicación para cada cantidad en disputa.
- Comprobante de pago del empleado lesionado (copias de recibos, facturas del proveedor de servicios médicos, o documentos similares).
- Una copia de la denegación del reembolso por parte de la aseguradora o proveedor de servicios médicos que es relevante para la disputa (o evidencia convincente del intento por parte del empleado lesionado para obtener un reembolso).

### ¿Cómo puedo presentar el Formulario DWC-060s y los documentos pertinentes?

Protocolo Seguro para Transferir Archivos (Secure File Transfer Protocol -SFTP, por su nombre y siglas en inglés).\*

Correo electrónico: [MedFeeDispute-Submission@tdi.texas.gov](mailto:MedFeeDispute-Submission@tdi.texas.gov)

Fax: 512-490-1044

Correo postal: Texas Department of Insurance  
Division of Workers' Compensation  
Medical Fee Dispute Resolution Section, MS-48  
7551 Metro Center Drive, Suite 100  
Austin, TX 78744-1645

\* DWC ofrece opciones para presentar los documentos electrónicamente a través de SFTP. Para obtener más información, comuníquese con DWC en [e-Filing-Help@tdi.texas.gov](mailto:e-Filing-Help@tdi.texas.gov) o visite nuestro sitio web en [www.tdi.texas.gov/wc/carrier/efileoptions.html](http://www.tdi.texas.gov/wc/carrier/efileoptions.html).

### ¿Existe un plazo de tiempo para presentar el Formulario DWC-060s?

Generalmente, la solicitud debe ser presentada a no más tardar de un año, a partir de la fecha(s) del servicio en disputa. Las excepciones al plazo de tiempo de un año pueden encontrarse en la Sección 133.307(c)(1) del TAC No. 28. La solicitud se considera presentada cuando DWC la recibe.

### ¿Preguntas?

Usted puede obtener más información sobre el proceso de resolución de disputas por honorarios médicos llamando a CompConnection al 800-252-7031, opción 3 o enviando un correo electrónico a [mdrinquiry@tdi.texas.gov](mailto:mdrinquiry@tdi.texas.gov). Usted también puede acceder a los reglamentos de la resolución de disputas por honorarios médicos en el sitio web de TDI en [www.tdi.texas.gov/wc/mfdr/](http://www.tdi.texas.gov/wc/mfdr/).

**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, Secciones 552.021 y 552.023), y solicitar que DWC corrija la información que esté incorrecta (Código Gubernamental Sección 559.004).