[Recommended: Insert letterhead here]

**Notificación Sobre Asuntos en Disputa y Denegación para Pagar Beneficios**

Fecha: [Date]

A: [Name of injured employee or potential beneficiary]

[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]

Número de Seguro Social del empleado [Employee Social Security number]

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

Nombre de la aseguradora/nombre de TPA: [Insurance carrier name/TPA name]

No. de reclamación de la aseguradora: [Insurance carrier claim #]

Nombre del empleador: [Employer name]

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

**Nosotros, [Name of insurance carrier], hemos revisado su reclamación de compensación para trabajadores. En base a los hechos que tenemos sobre su reclamación, no estamos de acuerdo con lo siguiente:**

[Check all that apply.]

☐ Que su lesión relacionada con el trabajo le impide a usted obtener o mantener un trabajo que pague lo que usted ganaba antes de su lesión (existencia, duración o extensión de la discapacidad).

☐ Que algunas de sus condiciones médicas fueron causadas por su lesión relacionada con el trabajo (grado de extensión de la lesión).

☐ Que usted cumple con los reglamentos para obtener beneficios por causa de muerte.

**La razón por la que no estamos de acuerdo es porque:** [Facts that explain the denial]

A picture containing music, piano, clavier

Description automatically generated

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

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

Teléfono (gratuito): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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 (DWC, por sus 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 de DWC. Para solicitar una conferencia, llene el formulario “Solicitud para Programar, Reprogramar, o Cancelar una Conferencia para Revisión de Beneficios” (DWC045S) - <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.**

Hemos enviado una copia de esta carta a:

A picture containing music, piano, clavier, chime

Description automatically generated

**Instrucciones para la aseguradora:**

**Notificación Sobre Asuntos en Disputa y Denegación para Pagar Beneficios** (PLN-11)Código Administrativo de Texas No. 28 (28 Texas Administrative Code –TAC, por su nombre y siglas en inglés) §124.2

Usted debe de usar esta notificación para informar al empleado lesionado/beneficiario **y** a DWC sobre la disputa de la aseguradora referente a un asunto o asuntos (discapacidad, grado de extensión de la lesión, beneficios por causa de muerte) relacionados con la administración de una reclamación. La aseguradora debe de basar sus disputas en la información que ha obtenido o verificado. Esta notificación no constituye una solicitud para una conferencia para revisión de beneficios.

Si la determinación inicial es que la reclamación entera no es compensable, use la PLN-1.

La aseguradora debe:

* Proporcionar esta notificación al empleado lesionado o representante, a DWC, y a los beneficiarios o representantes (si es que aplica).
* Incluir el número de Seguro Social solamente si usted no cuenta con el número de reclamación de DWC.
* Marcar las casillas apropiadas para indicar los asuntos que se están disputando.
* Proporcionar una declaración plena y completa donde se describen las razones por las cuales se tomó la acción. Una declaración genérica tal como “no existe evidencia médica para apoyar la discapacidad,” “no es parte de la lesión compensable,” “responsabilidad en cuestión,” “bajo investigación,” y “elegibilidad cuestionada” o frases similares sin una descripción más detallada respecto a los fundamentos de hecho por la que la acción fue tomada, no satisface los requisitos del 28 TAC §124.2. Explique las razones por las que se disputan los asuntos en un lenguaje sencillo y sin el uso innecesario de términos técnicos, acrónimos y abreviaturas.

Si la discapacidad es uno de los elementos en disputa, la aseguradora también debe de presentar la transacción apropiada de intercambio electrónico de datos (Electronic Data Interchange -EDI, por su nombre y siglas en inglés). La notificación sobre asuntos en disputa y denegación para pagar beneficios no se considera completa hasta que DWC recibe una copia de esta notificación y es presentada electrónicamente.

**Requisitos de formato**

* Debe usar un tamaño de letra de 12-puntos o más (28 TAC §124.2(o)).

**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 fuente 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.
* **Minimice las abreviaturas:** Las abreviaturas crean confusión. Pero si va a usar abreviaturas, escriba el nombre completo o la frase la primera vez que la use y coloque la abreviatura entre paréntesis después.
* **Membrete:** Utilice el membrete de la aseguradora.

**Presente la transacción apropiada de intercambio electrónico de datos (electronic data interchange –EDI, por su nombre y siglas en inglés) ante DWC y envíe esta notificación a DWC.**