

Reembolso por Recetas Médicas

IW

Información para empleados lesionados por parte de la División de Compensación para Trabajadores

Solicitud para pago

[Código Administrativo de Texas §§133.270, 134.503 y 134.504]

Si compró medicamentos con receta o medicamentos alternativos sin receta que fueron recetados u ordenados por un médico que está atendiendo su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo; es posible que usted pueda pedirle un reembolso a la aseguradora que es responsable por su reclamo de compensación para trabajadores.

Usted no tiene derecho a recibir un reembolso por parte de la aseguradora por la diferencia entre el costo de los medicamentos genéricos y los de marca si un medicamento genérico estaba disponible y usted escogió comprar el medicamento de marca.

Solicitud para recibir el reembolso

Para poder recibir un reembolso que cubra los gastos que pagó de su propio bolsillo, usted debe entregar una solicitud para pedir el reembolso a la aseguradora. La solicitud debe ser entregada tan pronto a como sea posible después de la(s) fecha(s) en que usted compró el medicamento(s) con receta o el medicamento(s) alternativo(s) sin receta. La solicitud debe incluir:

- una carta que claramente identifique:
 - su nombre;
 - su dirección;
 - la fecha de su lesión;
 - su número de su seguro social;
- documentación sobre la(s) receta(s), que incluya:
 - su nombre;
 - el nombre del médico que recetó los medicamentos;
 - el nombre del medicamento;
 - la fecha en que la farmacia surtió la receta; y
 - la cantidad de dinero que usted pagó por el medicamento;
- un recibo que muestre la cantidad que usted pagó por el medicamento.

Esta publicación es un resumen y es presentado con motivos informativos solamente. De ninguna manera esta información substituye a los estatutos ni a los reglamentos de la TDI-DWC. Para preguntas sobre los reglamentos de la TDI-DWC por favor comuníquese con nuestro Programa de Asistencia al Consumidor al 1-800-252-7031. CS08-001C(12-08)

Usted puede entregar una copia de la hoja informativa que le proporcionó la farmacia, o la farmacia puede darle una lista de los medicamentos que se le recetaron por su lesión relacionada con el trabajo por un periodo de tiempo en particular, junto con la carta para solicitar el reembolso. Los recibos de pago por si solos no son suficientes para apoyar su solicitud.

Respuesta a la solicitud para recibir un reembolso

La aseguradora debe responder a su solicitud para recibir un reembolso dentro de 45 días a partir de la fecha en que ésta recibe su solicitud. La aseguradora le pagará o le notificará por escrito sobre las razones por las cuales se ha hecho alguna reducción o se ha negado su reembolso.

Denegación de su solicitud para recibir un reembolso

[Código Administrativo de Texas §§133.307, 133.308 y 141.1]

Si la aseguradora niega su solicitud para recibir un reembolso, usted puede solicitar una resolución de disputas al Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (TDI-DWC, por sus siglas en inglés).

Disputas por necesidad médica

Si la denegación de su solicitud para recibir el reembolso indica que los medicamentos o los medicamentos alternativos sin receta no son médicamente necesarios, usted puede solicitar una Revisión por parte de una Organización Independiente (Independent Review Organization -IRO, por su nombre y siglas en inglés) llenando el formulario LHL009, *Solicitud por Parte de una Organización Independiente* y entregando éste formulario al Agente de Revisión de Utilización (Utilization Review Agent -URA, por su nombre y siglas en inglés) de la compañía que negó su solicitud para recibir el reembolso.

Para mayor información, llame al

1-800-252-7031

o en Internet visite

www.tdi.state.tx.us

Reembolso por Recetas Médicas

Información para empleados lesionados por parte de la División de Compensación para Trabajadores

Página 2

Indemnización/ Extensión de la lesión/ Disputa por responsabilidad

Si la denegación de su solicitud para recibir un reembolso indica que los medicamentos con receta o los medicamentos alternativos sin receta son por una condición (pagable) no relacionada o no compensable, o indica que la aseguradora no es responsable por el reclamo, usted puede solicitar una Conferencia para Revisión de Beneficios (BRC, por sus siglas en inglés) llamando a su oficina local de TDI-DWC al teléfono 1-800-252-7031 o llenando el Formulario DWC-045, *Solicitud para una Conferencia para Revisión de Beneficios* y entregándolo a su oficina local de TDI-DWC. Un empleado de la oficina local de TDI-DWC procesará su solicitud para el BRC.

Un BRC es una reunión informal donde el empleado lesionado se reúne con una persona de la compañía de seguros para hablar y tratar de solucionar los asuntos en disputa frente a un Oficial de la Conferencia para Revisión de Beneficios, el cual es un empleado de TDI-DWC. Si no se resuelven todos los asuntos, es posible que se tenga que fijar otro procedimiento.

Disputas por honorarios médicos

Si la denegación de su solicitud para recibir el reembolso tiene que ver con la cantidad de dinero que usted ha solicitado que se le sea reembolsada, más no tiene nada que ver con la necesidad médica, indemnización, grado de extensión de la lesión, o responsabilidad, usted puede solicitar una resolución de disputa médica enviando la siguiente información a TDI-DWC, a no más tardar de un año a partir de la(s) fecha(s) en que usted compró el medicamento(s) o el medicamento(s) alternativo(s) sin receta:

- formulario completo DWC-060, *Solicitud/ Respuesta para Resolución de Disputas por Honorarios Médicos*;
- una copia de la carta que usted recibió por parte de la aseguradora en respuesta a su solicitud;
- una explicación por parte suya donde indica el por qué la compañía de seguros debe pagar el reembolso o la cantidad completa del medicamento(s);
- prueba de que usted pagó por los medicamentos o medicamentos alternativos sin receta; y
- una segunda copia de todo lo antes mencionado en la parte de arriba.

Los Formularios DWC-045, DWC-060 y el Formulario LHL009 pueden ser obtenidos en el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.state.tx.us/forms/form20.html> o también puede comunicarse con su oficina local de TDI-DWC para pedir que le envíen un formulario por medio de correo postal.

Para obtener información sobre los IRO visite el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.state.tx.us/pubs/consumer/cb057.html>.

Para obtener información sobre la conferencia para revisión de beneficios para empleados lesionados visite el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.state.tx.us/pubs/factsheets/dispute.pdf>.

Para obtener la lista para empleados lesionados de la resolución de disputas por honorarios médicos, visite el sitio Web de TDI en <http://www.tdi.state.tx.us/wc/mr/mdrchecklistie.html> o comuníquese con TDI-DWC para pedir que le envíen un formulario por medio de correo postal.

Razón por la Denegación del Reembolso	¿Qué formularios se deben usar?	¿A dónde se deben enviar los formularios?
No Responsable, No Compensable o No Relacionada con la Lesión	Formulario DWC-045, <i>Solicitud para una Conferencia para Revisión de Beneficios</i>	Oficinas locales de TDI-DWC
No es Medicamento Necesario	Formulario LHL009, <i>Solicitud para Revisión por parte de una Organización Independiente</i>	Agente de Revisión de Utilización (trabaja para la aseguradora)
Denegación por Honorarios (diferentes a las razones que se muestran en la parte de arriba)	Formulario DWC-060, <i>Solicitud para Resolución de Disputas por Honorarios Médicos</i>	Resolución de Disputas por Honorarios Médicos de TDI-DWC