

# **Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores**



*Publicado por el*  
**Departamento de Seguros de Texas**  
**Mayo del 2009**



**L**OS EMPLEADORES DE TEXAS pueden proporcionar cobertura de compensación para trabajadores a sus empleados al participar en redes de servicios médicos de compensación para trabajadores que ofrecen cuidado económico para lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Las redes se especializan en brindar tratamiento a los trabajadores lesionados y pueden ayudar a los trabajadores para que regresen a su trabajo pronto y de manera segura.

## **Resumen**

Las compañías de seguro, grupos de empleadores auto-asegurados certificados, grupos de empleadores auto-asegurados certificados y subdivisiones políticas pueden operar redes ya sea directamente o por contrato con una red independiente.

Ambos tipos de redes deben estar certificadas por el Departamento de Seguros de Texas (TDI, por sus siglas en inglés). TDI también establece los estándares financieros y requisitos mínimos para el acceso y disponibilidad del cuidado. TDI publica una boleta anual donde se reporta la puntuación de todas las redes certificadas en áreas tales como los resultados de regreso al trabajo para los trabajadores lesionados, resultados del tratamiento y satisfacción de los empleados.

Las redes de servicios médicos de compensación para trabajadores son similares a los planes de cuidados administrados que ofrecen las organizaciones del mantenimiento de salud (HMO, por sus siglas en inglés) y las organizaciones de proveedores preferidos (PPO, por sus siglas en inglés). El componente central de estos planes es utilizar grupos de médicos, hospitales y otros proveedores que colaboran para proveerles cuidado a los pacientes.

Los planes de cuidados administrados controlan los costos al contratar a los proveedores para que lleven a cabo los servicios a precios pre-negociados y al supervisar de cerca la atención médica y el progreso del tratamiento del paciente. Las redes de compensación para trabajadores también utilizan guías de regreso al trabajo para controlar el progreso médico del empleado y su capacidad para regresar al trabajo y un programa para mejorar de calidad para evaluar la efectividad general de la red.

Si un empleador compra una póliza de seguro de compensación para trabajadores que requiere el uso de una red, la red generalmente proporciona todos los servicios médicos asociados con cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. La compañía de seguros paga el costo de los servicios médicos y cualquier beneficio de ingresos que resulte por la pérdida de ingresos o impedimento físico permanente.

## **Cómo funcionan las redes de servicios médicos de compensación para trabajadores**

Cuando un trabajador que esté cubierto bajo una red sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, el trabajador selecciona a un “médico de tratamiento” de la lista de proveedores participantes de la red. El médico de tratamiento está a cargo de supervisar la atención médica del paciente relacionada con la compensación para trabajadores. Los HMO utilizan médicos llamados “médicos de cuidado primario” (primary care physicians, por su nombre en inglés) en una capacidad similar. El médico de tratamiento le brinda tratamiento al paciente para su lesión relacionada con el trabajo y lo refiere a especialistas. Un médico de cuidado primario de un HMO también puede ser un médico de tratamiento si el médico acepta los términos de la red.

Generalmente, a los pacientes no se les permite visitar especialistas sin la aprobación de su médico de tratamiento. Para ciertos tipos de atención médica, una red pudiera exigir que el médico de tratamiento obtenga una “preautorización” para los tratamientos propuestos y derivaciones para determinar si son médicamente necesarias. Un proceso similar, llamado “revisión concurrente” o “revisión retrospectiva” determina si el tratamiento es médicamente necesario según se está ofreciendo o después de que se ofrezca.

En la mayoría de los casos, una aseguradora sólo pagará por los servicios médicos que considere médicamente necesarios. Las redes tienen la obligación de tener un proceso para permitirles a los pacientes y médicos apelar cualquier decisión adversa sobre necesidad médica.

Todos los empleados que vivan en el área de servicio de una red por lo general tienen la obligación de obtener tratamiento por medio de la red para las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Excepto en ciertas circunstancias, tales como emergencias y atención médica fuera de la red autorizada, una aseguradora puede negar el pago por los servicios médicos recibidos por parte de un proveedor que no sea miembro de la red.

## **Información para los trabajadores**

Si usted sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, tiene que reportarle su lesión a su empleador, presentar una reclamación ante la División de Compensación para Trabajadores del TDI y seleccionar un médico de la lista de proveedores aprobados de la red. El médico de tratamiento supervisará su tratamiento y le referirá a otros proveedores si es necesario. La compañía de seguros le proporcionará a su empleador una lista de médicos de tratamiento participantes que se actualiza trimestralmente.

Las compañías de seguro de compensación para trabajadores generalmente son responsables del 100 por ciento del costo de tratamiento de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. Una compañía de seguros o proveedor de servicios médicos no puede cobrarle a usted por ningún tratamiento o servicios ofrecidos relacionados con la atención médica por una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo cubierta. No obstante, se le pudiera cobrar si recibe atención que no es de emergencia de un proveedor fuera de la red sin haber recibido una aprobación previa.

## **Requisitos de notificación**

Un empleador tiene que notificarles a sus empleados actuales cuando comienza a participar en una red y notificarle a cada empleado nuevo no más tarde del tercer día después de que se contrate al empleado. La notificación tiene que incluir la información sobre los procedimientos de queja y apelación de las decisiones de tratamiento de la red, su área de servicio y una lista completa de los proveedores de servicios de la red.

Se le pedirá que firme y devuelva un formulario en el que reconozca que ha recibido los reglamentos. El no devolver el formulario no le eximirá de los reglamentos de la red de proveedores si tiene una reclamación en el futuro.

Si usted no vive en el área de servicio de la red, se lo tiene que informar a la aseguradora inmediatamente. Si no le indica a la aseguradora que usted vive fuera de la red, la aseguradora dará por hecho que usted vive en la dirección que le proveyó a su empleador.

Los empleados de la misma compañía pudieran tener diferentes requisitos para sus reclamaciones de compensación para trabajadores si algunos de los trabajadores viven fuera del área de servicio. Nunca dé una dirección de residencia primaria falsa para evitar los

reglamentos de una red o para transferirse a otra red. Si la aseguradora se entera de esta información falsa puede negarle la cobertura del costo de cualquier tratamiento asociado con su reclamación de compensación para trabajadores.

### **Cómo usar los servicios de la red**

Si usted vive dentro del área de servicio de una red, tiene que utilizar proveedores de servicios de la red para la mayoría del tratamiento de rutina de su reclamación de compensación para trabajadores. Una compañía de seguros puede negarle el pago de los servicios médicos que le brinden los médicos que no sean miembros de la red sin haber recibido la aprobación previa de la red. Existen excepciones para las emergencias médicas y ciertas otras situaciones.

Las redes operan en áreas geográficas de servicio definidas y tienen que probar que pueden proporcionar suficientes servicios médicos para satisfacer las necesidades de los trabajadores en esa área. Las redes certificadas tienen la obligación de:

- formar contratos con una cantidad adecuada de proveedores para tratar trabajadores las 24 horas del día, los siete días de la semana y proveer todos los servicios necesarios de hospitalización, psiquiatría y terapia física.
- proveer una cantidad adecuada de médicos y hospitales dentro de 30 millas de las casas de todos los trabajadores que vivan en el área urbana de servicio y todos los servicios de especialización necesarios dentro de 75 millas de las casas de los trabajadores.
- proveer una cantidad adecuada de médicos y hospitales dentro de 60 millas de las casas de todos los trabajadores que vivan en el área rural de servicio y todos los servicios de especialización necesarios dentro de 75 millas de las casas de los trabajadores.

TDI puede aprobar excepciones si una red no puede cumplir con estas guías de servicio pero puede proveer un plan para cumplir con los requisitos en el futuro. Además, la red debe tener un plan provisional para ofrecerles servicios a todos los empleados que se encuentren actualmente dentro del área de servicio.

Los empleados que viven fuera del área de servicio de una red generalmente están exentos de los reglamentos y requisitos de la red. Un empleado que vive dentro del área de servicio de una red también puede estar exento de algunos o todos los requisitos de la red bajo ciertas circunstancias específicas:

- Si usted requiere cuidado de emergencia, la red tiene que cubrir el costo de tratamiento de cualquier proveedor de servicios médicos, independientemente del estatus de la red. Sin embargo, a usted se le requiere que cambie a un proveedor aprobado por la red una vez que se establezca su condición.
- Si no hay un proveedor calificado en la red para brindarle el cuidado que necesita, la red tiene que aprobar el uso de un proveedor que no sea miembro de la red.
- Si usted ha estado recibiendo su cuidado por parte de un médico primario de cuidado de un HMO por medio de su plan de salud personal, puede pedir que la red permita que este proveedor sirva como su médico de tratamiento para su reclamación de compensación para trabajadores. Sin embargo, para que se apruebe, el médico de su HMO tiene que aceptar y cumplir los reglamentos, guías de tratamiento y guías de regreso al trabajo de la red.

Su médico de tratamiento tiene la obligación de proporcionarle cuidado conforme a los reglamentos, guías de tratamiento y guías de regreso al trabajo de la red. En caso de que

usted requiera atención médica costosa o que no sea de rutina, las recomendaciones de tratamiento de su médico de tratamiento también pudieran requerir la aprobación previa de la red para asegurar que los servicios sean médicamente necesarios.

### **Sus derechos**

Si usted o su médico de tratamiento no está de acuerdo con alguna decisión de necesidad médica que tome ya sea la red o la compañía de seguros, usted o su médico tienen 30 días para presentar una apelación de reconsideración por un médico alterno calificado. La entidad que emita la denegación de necesidad médica tiene la obligación por ley de completar su revisión tan pronto sea razonablemente posible, y generalmente a no más tardar de 30 días después de recibir su apelación.

Si no es una afección o enfermedad que ponga en peligro la vida y usted o su médico no están de acuerdo con la decisión, usted o su médico pueden presentar una revisión independiente por parte de una organización de revisión independiente. En el caso de una afección que ponga la vida en peligro, usted tiene el derecho de solicitarle una revisión inmediata a una organización de revisión independiente.

Los empleados que reciban atención médica por medio de una red tienen los siguientes derechos adicionales:

- Usted puede seleccionar un médico alterno de la lista de médicos de tratamiento de la red si no está satisfecho con su médico de tratamiento. Usted tiene que notificarle a la red y la red no puede denegar su solicitud. Sin embargo, si usted no está satisfecho con el médico alterno, se le pudiera exigir que obtenga la aprobación de la red para cualquier cambio posterior de médico de tratamiento.
- Las redes tienen que coordinar a tiempo los servicios médicos, incluyendo los servicios que han sido referidos a especialistas y nunca a más tardar de 21 días después de la solicitud de servicios.
- Un empleador o red nunca puede tomar represalias por una apelación o queja. Si usted cree que su empleador o la red ha actuado de manera inapropiada, debe presentar una queja ante TDI.
- Usted tiene derecho a presentar una queja si cree que una red ha actuado de manera inapropiada. La red tiene que reconocer por escrito que ha recibido su queja dentro de siete días de haberla recibido y tiene que resolver su queja dentro de 30 días.
- Usted tiene el derecho de presentar una queja ante TDI. Las quejas se pueden presentar en línea por medio del sitio Web de TDI o por teléfono a la **Línea de Ayuda al Consumidor**

**1-800-252-3439**

**463-3515** en Austin

### **Información para los empleadores**

Un empleador debe tomar en consideración dónde viven sus empleados al tomar la decisión de participar en una red certificada. Si viven en distintas áreas del estado, o incluso en varios condados adyacentes, pudiera ser que algunos vivan fuera del área de servicio de alguna red disponible. A los empleados fuera del área no se les requiere que utilicen la red.

Para operar legalmente en Texas, las redes de servicios médicos de compensación para trabajadores tienen que recibir la aprobación de TDI de que cumplen con las normas de cobertura y servicios mínimos que exige la ley. En el sitio Web de TDI puede encontrar una lista de las redes certificadas aprobadas.

### **Notificación obligatoria**

Si usted decide participar en una red, tiene que proporcionarles a sus empleados una notificación escrita de los reglamentos y requisitos de la red. Su aseguradora le proveerá dicha notificación. La notificación tiene que incluir una lista de cualquier servicio de salud para el que la red exige preautorización o revisión de utilización, las descripciones de todos los procesos de la red, información sobre el área de servicio de la red y una lista completa de los proveedores de la red.

La notificación se tiene que proporcionar en inglés, español y cualquier idioma que sea común para el 10 por ciento o más de sus empleados. Usted tiene la obligación de proporcionarles esta notificación a los empleados actuales cuando la cobertura entre en vigencia y a todos los empleados nuevos a no más tardar del tercer día de su contratación. Usted también tiene que proveer la notificación nuevamente cuando un empleado reporte una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

Si usted no le provee notificación a un empleado, el empleado no tendrá que cumplir con los reglamentos de tratamiento de la red. Cuando se entregue la notificación, los empleados tienen que firmar un formulario de acuse de recibo de los reglamentos de la red. El que un empleado no entregue el formulario, no eximirá al empleado de los reglamentos de la red. Sólo si usted no proporciona la notificación servirá para eximir al empleado.

Usted tiene la obligación de mantener un archivo de todos los formularios de acuse de recibo y de documentar el método de entrega. Esto no simplemente es una obligación, sino que es importante, pues puede ayudarle a probar su caso en caso de que un empleado ponga en duda el que usted le entregó la notificación requerida.

También se les exige a todos los empleadores que mantengan una lista de los proveedores participantes de la red. Usted tiene que proveerles copias a los empleados que la soliciten. Su compañía de seguros tiene que actualizar la lista por lo menos trimestralmente. A usted también se le requiere que muestre los avisos sobre la cobertura de la red en un lugar visible en el lugar de trabajo.

### **Información para los proveedores de servicios médicos**

Cualquier profesional de servicios de salud con licencia puede solicitar para convertirse en proveedor participante en una o más redes. Cada red tiene su propio proceso de acreditación y puede pautar sus propios estándares para los proveedores participantes.

Texas no es un estado que acepte a “cualquier proveedor dispuesto”. Eso significa que una red puede denegar su solicitud si ya ha contratado con un número suficiente de proveedores para cumplir sus necesidades de servicios a empleados lesionados. También puede denegar su solicitud si no acredita a los proveedores en su especialidad médica particular.

## **Sus obligaciones y derechos**

Como proveedor de la red, se le exigirá que cumpla con sus políticas, procedimientos, guías de tratamiento y guías de regreso al trabajo para todos los pacientes que sean referidos. Los proveedores no pueden cobrarle a un empleado lesionado por ningún costo asociado con el tratamiento de lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, incluyendo copagos ni cantidades de "cobros de balance" por pagos adicionales que sobrepasen la tarifa contratada de la red. Todos los pagos por servicios tienen que provenir ya sea de la compañía de seguros o de una tercera parte que actúe a nombre de la compañía de seguros.

Si a usted se le acepta como proveedor participante, la red no puede ofrecerle ningún incentivo económico para limitar los servicios que sean médicamente necesarios. A usted también se le requiere que muestre el número telefónico gratis de manera visible en su oficina para cualquier persona que desee presentar una queja sobre las operaciones de una red certificada.

Además, usted tiene los siguientes derechos y protecciones bajo la ley estatal:

- Usted puede apelar una determinación adversa de preautorización, revisión concurrente, revisión retrospectiva o cualquier decisión de cobertura de la red en nombre de un paciente. Una red certificada nunca podrá cancelar o no renovar su contrato o de otro modo tomar represalias en su contra por haber presentado una apelación o queja.
- La red tiene que notificarle a usted por escrito antes de llevar a cabo cualquier perfil económico o estudio de revisión de utilización para comparar su historial de atención médica con la de otro proveedor.
- Usted tiene derecho a revisar cualquier información que se utilice en el proceso de acreditación de la red, corregir cualquier error y conocer el estado de cualquier solicitud pendiente.

## **Abandono de la red**

Excepto en casos de fraude, suspensión de una licencia médica o un posible "daño inminente" a un paciente, la red certificada tiene que darle un aviso 90 días antes de la cancelación de su contrato con la red. Usted puede apelar la cancelación dentro de 30 días a partir de la fecha en que recibe la notificación.

Usted puede abandonar la red por cualquier razón después de ofrecer una notificación previa por escrito. Si usted solicita abandonar la red, la red tiene que continuar efectuando reembolsos por hasta 90 días por el cuidado que usted les brinde a los pacientes que tengan una afección aguda o que ponga en peligro la vida, pero usted tiene que demostrar que la interrupción en el cuidado médico pudiera causarle daños al paciente.



## **Para más información o asistencia**

Para obtener respuestas a preguntas en general sobre seguros o para obtener información sobre cómo presentar una queja relacionada con seguros, llame a la **Línea de Ayuda al Consumidor Consumidor** (Consumer Help Line, por su nombre en inglés) entre las 8 a.m. y las 5 p.m., hora del centro, de lunes a viernes, o visite nuestro sitio Web

**1-800-252-3439**  
**463-6515** en Austin  
**www.tdi.state.tx.us**

Para obtener copias impresas de las publicaciones para el consumidor, llame las 24 horas del día a la **Línea para Pedidos de Publicaciones** (Publications Order Line, por su nombre en inglés).

**1-800-599-SHOP** (7467)  
**305-7211** en Austin

Ayúdenos a prevenir el fraude de seguro. Para reportar una sospecha de fraude, llame gratis a nuestra **Línea para Reportar Fraude** (Fraud Hot Line, por su nombre en inglés).

**1-888-327-8818**

Si sospecha que ha ocurrido un incendio premeditado u otra actividad sospechosa relacionada con un incendio, llame a la oficina del Jefe Estatal de Bomberos, a través de la **Línea para Reportar Incendios Premeditados** (Arson Hot Line, por su nombre en inglés), en servicio las 24 horas del día:

**1-877-4FIRE45** (434-7345)

*La información en esta publicación está actualizada para su fecha de revisión. Los cambios en las leyes y los reglamentos administrativos de la agencia posteriores a la fecha de revisión pueden afectar el contenido. Vea la información actualizada en nuestro sitio Web. TDI distribuye esta publicación únicamente con propósitos educacionales. Esta publicación no es un endoso por parte de TDI de ningún servicio, producto o compañía.*



**Texas Department of Insurance**  
P.O. Box 149104 • 333 Guadalupe  
Austin, Texas 78714-9104