



PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

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)

Parte 1. Especificaciones de la solicitud

1. Yo quiero: Programar un BRC-MFD Reprogramar un BRC-MFD Cancelar un BRC-MFD (marque solamente una casilla)

2. Yo necesito: (marque las casillas)

Adaptaciones especiales (por favor especifique)

BRC-MFD apresurado (proporcione la razón*)

*Por favor indique si esta reclamación involucra a una persona de respuesta inmediata (first responder, por su nombre en inglés).

Parte 2. Información sobre la reclamación

3. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	4. Dirección física del empleado (calle, ciudad, estado, código postal)
5. Nombre de la aseguradora	6. Fecha de la lesión (mm-dd-aaaa)
7. Nombre del negocio del empleador (al momento de la lesión)	8. Dirección del negocio del empleador (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)

Parte 3. Información sobre el participante que hace la solicitud

9. ¿Quién está haciendo la solicitud? <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 <input type="checkbox"/> Abogado de _____		
10. ¿Está asistiendo la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés) al empleado lesionado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
11. Nombre y dirección postal del solicitante (calle o apartado postal, ciudad, estado, código postal)		
12. Nombre del negocio/empresa (si es que aplica)	13. Número de teléfono	14. Correo electrónico del solicitante
Nombre del Empleado:		Para Uso Exclusivo de DWC
Número de Reclamación de DWC:		

Parte 4. Solicitud para programar un BRC-MFD

15. Si usted desea solicitar un BRC-MFD:

 Adjunte una copia de la decisión de la Resolución de Disputas por Honorarios Médicos de DWC a esta solicitud.

Parte 5. Solicitud para reprogramar o cancelar un BRC-MFD

16. Si usted desea reprogramar un BRC-MFD, explique la razón:

( Adjunte cualquier documento pertinente.)

Nota: Si se llevó a cabo un BRC-MFD pero usted no asistió, explique por qué no asistió al BRC-MFD y por qué no se comunicó con el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (DWC) antes de perder el BRC-MFD.

17. Si usted desea cancelar un BRC-MFD ya programado, explique la razón:

( Adjunte cualquier documento pertinente.)

Nota: Existen plazos de tiempo estrictos para solicitar un BRC-MFD. Solicitar que se cancele un BRC-MFD puede ser considerado como retirar la disputa, lo cual puede causar serios problemas legales con su caso.

Parte 6. Comunicación con los otros participantes

18. Describa lo que usted ha hecho para resolver los asuntos en disputa. Esto puede incluir:

- cómo y cuándo se comunicó usted con los otros participantes sobre esta solicitud
- en lo que estuvo usted de acuerdo y en lo que aún no está de acuerdo
- describir sus esfuerzos para comunicarse con los otros participantes si no pudo comunicarse con ellos

Si usted está solicitando reprogramar un BRC-MFD, debe comunicarse con los otros participantes y con la sección de registros de DWC (DWC docketing, por su nombre en inglés) para obtener una fecha acordada en la que todos estén disponibles. La fecha propuesta es:

( Adjunte más páginas y documentos pertinentes en caso de ser necesario.)

Nota: Su solicitud puede ser denegada si usted no proporciona la información requerida.

Nombre del Empleado:

Número de Reclamación de DWC:



Para Uso Exclusivo de DWC

19. Certifique con su firma:

- Yo proporcioné una copia de toda la información importante que tengo sobre los asuntos en disputa a los otros participantes, e hice todos los esfuerzos razonables para resolver la disputa. (Usted puede obtener más información sobre la información importante, también llamada información pertinente, en las preguntas frecuentes que se muestran a continuación en este formulario).
- Yo envié una copia de esta solicitud a los otros participantes, incluyendo al abogado u ombudsman del empleado lesionado (si es que tienen uno).

Firma _____ **Fecha** _____

Nombre del Empleado:
Número de Reclamación de DWC:



Para Uso Exclusivo de DWC

Preguntas Frecuentes

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)

¿A dónde envió este formulario? Envíe una copia de este formulario y documentos adjuntos a DWC y a los otros participantes. Usted puede enviar el formulario completo a DWC por fax o correo postal o puede entregarlo en una oficina local de DWC.

- **Fax:** 512-804-4011
- **Correo postal:** Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation
Hearings, Mail Code HRG
PO Box 12050
Austin, TX 78711-2050

¿Qué sucede después que DWC recibe el Formulario DWC-045MS? Si DWC aprueba su solicitud, usted recibirá una carta con la fecha y la hora del BRC-MFD. Si DWC rechaza su solicitud, usted recibirá una carta explicando la razón. Usted puede enviar la solicitud nuevamente con correcciones o información actualizada.

¿Qué tan pronto será programado el BRC-MFD? DWC programará el BRC-MFD dentro de 40 días, a partir de la fecha en la que se recibe la solicitud completa. DWC programará el BRC-MFD dentro de 20 días (apresurado) si DWC determina que el BRC-MFD debe realizarse antes. Si el empleado lesionado es personal de respuesta inmediata, DWC apresurará el BRC-MFD.

¿Cómo se lleva a cabo el BRC-MFD? El BRC-MFD es llevado a cabo virtualmente, a menos que se demuestre una buena causa para que el BRC-MFD se lleve a cabo en persona. **Después** de que reciba el aviso que indique que el BRC-MFD ha sido programado, usted puede presentar una solicitud ante DWC si cree que es necesario que el BRC-MFD se lleve a cabo en persona.

¿Proporcionará DWC adaptaciones especiales? DWC proporcionará adaptaciones a los participantes que califiquen según la Ley para Americanos con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, por su nombre en inglés). Otras adaptaciones razonables pueden ser proporcionadas según sea necesario.

¿Cuándo será aprobada una solicitud para reprogramar? Si usted presenta su solicitud para reprogramar dentro de 10 días, a partir de la fecha en la que recibe el aviso del BRC-MFD, ésta será aprobada si ninguno de los participantes ha presentado otras solicitudes para reprogramar. Para cualquier otra solicitud para reprogramar, usted debe explicar su razón para la solicitud.

¿Es requerido que yo asista al BRC-MFD? Sí, a menos que usted cuente con una buena causa. Es posible que haya una sanción o una multa si usted no asiste al BRC-MFD.

¿Qué información necesito compartir? Usted debe compartir información sobre la disputa con los otros participantes antes del BRC-MFD. A esto se le llama intercambio de información. Usted debe de intercambiar solo información importante ([información pertinente](#)). La información pertinente incluye una copia de la decisión de la Resolución de Disputas por Honorarios Médicos y cualquier documento, registros o declaraciones que le ayudarán a usted a explicar su versión de los asuntos en disputa. Visite <http://www.tdi.texas.gov/wc/idr/exchangesp.html> para obtener más información sobre el intercambio de información para un BRC.

¿Cuáles son los plazos de tiempo para compartir información?

- Antes de solicitar un BRC-MFD, envíe a los otros participantes una copia de toda su información importante sobre la disputa.
- Si recibe una solicitud de BRC-MFD, usted cuenta con 10 días para enviarle una copia de toda su información importante a los otros participantes.
- Al menos 14 días antes del BRC-MFD, envíe a DWC una copia de toda su información importante. Al mismo tiempo, envíe a los otros participantes copias de cualquier información importante que aún no haya enviado.
- Si faltan menos de 14 días para el BRC-MFD, usted debe intercambiar la nueva información importante con DWC y con los otros participantes a medida que la obtenga.

¿Necesita ayuda?

- Visite www.tdi.texas.gov/wc/employee/disputas.html para obtener más información sobre la resolución de disputas.
- Si usted desea un abogado y necesita ayuda para encontrar uno, llame a la **Barra de Abogados del Estado de Texas** (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-800-252-9690.
- Si usted no cuenta con un abogado y desea obtener la ayuda de un ombudsman, visite www.oiec.texas.gov o llame a **OIEC** al 1-866-393-6432, ext. 44186.

¿Tiene preguntas?

Llame al 1-800-252-7031, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del centro.

Visite www.tdi.texas.gov/wc para obtener más información sobre la compensación para trabajadores.

Nota: Con pocas excepciones, si lo solicita, usted tiene derecho a:

- estar informado sobre la información que DWC reúne sobre usted;
- recibir y revisar la información (Secciones del Código Gubernamental 552.021 y 552.023); y
- pedir que DWC corrija la información que está incorrecta (Sección del Código Gubernamental 559.004).

Para más información contacte a DWCLegalServices@tdi.texas.gov o consulte la sección para el Procedimiento de Correcciones en www.tdi.texas.gov.