

# DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA DE INFORMACIÓN A

RESPUESTAS A SUS PREGUNTAS SOBRE LA REVISIÓN DE UTILIZACIÓN

La revisión de utilización (*Utilization Review- UR*) es el proceso utilizado por empleadores y administradores de reclamos para revisar el tratamiento y determinar si es medicamente necesario.

Todos los empleadores o administradores de reclamos administrando sus reclamos de compensación de trabajadores están obligados por ley a tener un programa de revisión de utilización. Este programa es usado para determinar si el tratamiento médico recomendado por su médico será aprobado.

## ¿Cuáles son las pautas de tratamiento médico establecidas por el estado?

El catálogo de utilización de tratamiento médico (*Medical Treatment Utilization Schedule- MTUS*) de California expone tratamientos que han sido científicamente comprobados a curar o aliviar lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo. El *MTUS* presenta tratamientos que son eficaces para ciertas lesiones, con qué frecuencia el tratamiento debe ser dado, el grado del tratamiento y otros detalles.

## ¿Dónde puedo ver el *MTUS*?

Vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). En el panel de navegación izquierdo, bajo la sección "I WANT TO", haga clic en el enlace "Find a publication". Avance a la sección de "Schedules" y haga clic en el enlace [medical treatment utilization schedule](#) (*MTUS*).

## ¿Qué pasa si el tratamiento recomendado por mi médico no está de acuerdo con las pautas del *MTUS*?

Su médico necesitará usar otras pautas que tengan una base científica y que sean reconocidas nacionalmente en la comunidad médica para respaldar el tratamiento recomendado.

## Mi caso ya finalizó y fui otorgado tratamiento médico para mi lesión. Tengo una copia del fallo. ¿La *UR* se aplica a mí?

Sí. La ley requiere que la *UR*, que tomó efecto el 1 de enero 2004, aplique a todo tratamiento proporcionado, aun si su fallo o finalización fue antes del 1 de enero 2004.

## ¿Quién puede evaluar el tratamiento médico recomendado por mi médico?

Cualquier persona a cargo de un reclamo puede **aprobar** el tratamiento recomendado por su médico. Sin embargo la decisión de **negar** o **cambiar** el tratamiento sólo puede ser hecha por un médico que tenga conocimiento del tipo de lesión o enfermedad que usted tenga y el tratamiento siendo recomendado.

## ¿Qué pasa cuando mi médico recomienda algún tratamiento y el administrador de reclamos hace una *UR*?

El administrador de reclamos debe de hacer la revisión y hacer una decisión dentro de cinco (5) días a partir de cuándo su médico pide la autorización del tratamiento. Si necesita más tiempo, la compañía de seguros puede tomar hasta 14 días. Esto se llama "revisión prospectiva" porque se hace antes que obtenga el tratamiento.

## ¿Qué tal si mi médico ya proporcionó el tratamiento y el administrador de reclamos decide hacer una *UR*?

La revisión y decisión tiene que ser hecha y proporcionada a su médico dentro de 30 días. Esto se llama "revisión retrospectiva".

## ¿Qué pasa si obtuve tratamiento que el administrador de reclamos dice no va a pagar? ¿Tengo que pagar?

Probablemente no. Este es un problema que su médico y el administrador de reclamos deben tratar de resolver.



*Reduciendo el impacto de las lesiones y las enfermedades relacionadas con el trabajo*



*Ayudando a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores*



*Supervisando la administración de reclamos*

### ¿Qué tal si mi médico pide algún tratamiento mientras estoy hospitalizado?

A no ser que su médico haya pedido una "revisión apresurada", el proceso de revisión y los plazos de tiempo son igual a los de la "revisión prospectiva". Esto se llama "revisión concurrente" porque la revisión está siendo hecha cuando está recibiendo tratamiento.

### ¿Qué es una revisión apresurada?

Esto ocurre cuando su médico recomienda tratamiento e indica que usted enfrenta serio peligro a su salud si no lo recibe. Esto puede significar posible pérdida de vida, extremidad, u otra función corporal mayor. También puede significar que los términos normales para hacer una decisión podrían dañar su vida o salud o podrían poner permanentemente en riesgo su habilidad para recuperarse completamente.

### ¿Cuánto tiempo toma una revisión apresurada?

El administrador de reclamos tiene 72 horas a partir de cuando reciben la información para hacer la decisión. Si su condición es tan seria que 72 horas es demasiado tiempo, tienen que hacer la decisión más pronto.

### ¿Puede el administrador de reclamos parar mi tratamiento si estoy hospitalizado?

El administrador de reclamos no puede parar el tratamiento recomendado por su médico hasta que hablen con su médico y lleguen a un acuerdo con su médico sobre un plan de tratamiento. Esto aplica para cualquier revisión concurrente.

### ¿Me informará el administrador de reclamos si decide cambiar, demorar o negar el tratamiento recomendado por mi médico?

Sí. El administrador de reclamos debe informarle a usted y su médico, por escrito, el por qué están cambiando, demorando o negando el tratamiento.

### ¿Qué tal si no estoy de acuerdo con la decisión del administrador de reclamos?

Hay plazos de tiempo específicos y estrictos con los que debe cumplir o si no puede perder importantes derechos. Debe hacer una objeción a la decisión dentro de 20 días de recibirla. Después de hacer eso, el administrador de reclamos le proporcionará el formulario para pedir una lista de Evaluadores Médicos Calificados (*Qualified Medical Evaluators- QMEs*) a la Unidad Médica de la División de Compensación de Trabajadores. Vea la [guía 2](#) de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) para instrucciones de cómo solicitar la lista de *QMEs* y ponga atención especial a los límites de tiempo.

### ¿Hay alguna manera de que la UR proceda sin ningún problema?

La *UR* trabaja mejor cuando su médico se mantiene en contacto con el médico del administrador de reclamos durante todo el proceso. Su médico debe indicar las razones por el tratamiento cuando pide la autorización. Si el médico del administrador de reclamos pide información adicional, su médico debe responder.

### ¿Si he completado el proceso del QME y el administrador de reclamos todavía está negando el tratamiento, qué hago?

Tendrá que ver un juez de compensación de trabajadores para resolver el desacuerdo. Presente una declaración de disposición para proceder con su caso para pedir una audiencia agilizada e ir frente a un juez. Vea la [guía 6](#) de *I&A* para instrucciones específicas. Si no tiene un caso abierto en la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores (*Workers' Compensation Appeals Board- WCAB*), también debe presentar una solicitud para adjudicación del reclamo (vea la [guía 4](#) de *I&A*), que abre un caso en la *WCAB* para usted.

### ¿Qué tal si más de 14 días han pasado desde que mi médico pidió autorización por algún tratamiento y no hemos escuchado o recibido algo del administrador de reclamos?

Si su médico no ha podido obtener alguna respuesta del administrador de reclamos, presente una declaración de disposición para proceder con su caso para pedir una audiencia agilizada. Por favor vea la respuesta previa para más detalles.



*Para más información, llame al 1-800-736-7401 o visite la página web de la DWC en [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) para ubicar a su oficina de I&A local. También puede bajar [guías](#) de I&A y obtener información sobre los [seminarios](#) para trabajadores lesionados.*