



La Red de Salud de Texas de Prime Health Services

Aviso a los Empleados sobre los Requisitos solicitados por la Red

Para contactar Prime Health Services, Inc. o para localizar un proveedor, llame gratis al número telefónico 866-348-3887 o utilice nuestra herramienta de búsqueda en línea en www.primehealthservices.com

Texas HCN – Derechos y Obligaciones del Empleado

Estimado Empleado:

Su empleador ha seleccionado a Prime Health Services Texas HCN como la red de compensación para empleados certificados que maneja su servicio de salud en caso de que Usted sea sujeto de cualquier tipo de daño relacionado en exclusiva con su trabajo. El proveedor seleccionado está dedicado a suministrar tratamiento de calidad lo que le permitirá ser atendido con prontitud y retornar a su trabajo de manera rápida y segura. Siguiendo las instrucciones determinadas en el presente documento, Ud. tendrá por seguro que Ud. no tendrá que pagar la cuenta por cualquier tipo de servicio médico que Ud. reciba mientras su accidente es tratado.

Mientras su empleador se asegura de que su sitio o lugar de trabajo es totalmente seguro, nosotros trabajamos en conjunto con su empleador para asegurarnos que Ud. recibió de manera previa la información que lo guiara y ayudara a buscar el tratamiento adecuado en caso de un accidente laboral. Si Ud. es sujeto de un accidente de trabajo, Ud. recibirá de nuevo la información proveída por el presente documento junto con el acceso a una lista actual de proveedores anexos a la red.

Si su accidente es una emergencia que amenaza con su vida, diríjase al establecimiento de emergencias más cercano. Si su accidente no pone en riesgo su vida, Ud. deberá:

- Contacte a su supervisor inmediatamente y coménteles acerca del accidente del que fue sujeto.
- Diríjase al presente paquete para conocer sus derechos y obligaciones al momento de buscar tratamiento para su accidente.
- Solicítele a su empleador que le colabore en contactar a un doctor de la red para que provea tratamiento.
- Así mismo, Ud. deberá contactar Prime Health Services ante cualquier duda o pregunta acerca del tratamiento proveído por medio de nuestra red o si Ud. necesita ayuda localizando a un proveedor de nuestra Red.

Prime Health Services, Inc.
Attn: TX HCN Support
331 Mallory Station Road
Franklin, TN 37067
866-348-3887

Luego de ocurrido su accidente laboral

Ud. tiene que seleccionar un médico de cabecera

Si Ud. esta domiciliado dentro de una red de servicio, Ud. debe seleccionar un médico de cabecera para que supervise el tratamiento médico adecuado para su accidente laboral. (Por favor diríjase al mapa ubicado en la página 8 con el fin de verificar si Ud. esta domiciliado en alguno de los 250 condados de nuestra red de servicio.) Excepto para servicios de emergencia, Ud. deberá obtener todo tratamiento médico y la remisión especialista a través de su médico de cabecera. Esto es importante porque nuestros proveedores de servicio han acordado solo utilizar la red de servicios – y no para empleados – para pagar el tratamiento de accidente del trabajo. En caso de que Ud. sea tratado por alguien que no pertenece a la red de doctores sin autorización por parte de Prime Health Services, Ud. estará obligado a pagar sus servicios médicos.

Como seleccionar a un Doctor para su tratamiento

Ud. debe seleccionar a un Doctor de la lista de doctores proveída por la red Prime Health Services O Ud. tiene la opción de seleccionar su médico de cabecera para quien actuara en calidad doctor que provea tratamiento a su accidente para el reclamo de su compensación laboral. En caso de que Ud. tenga un médico de cabecera que atienda su accidente laboral y desea seleccionarlo como el Doctor que le proveerá tratamiento, Ud. deberá obtener autorización por parte de Prime Health Services llamado al número telefónico 866-348-3887 (Llamada Gratuita). Su médico de cabecera deberá consentir y estar de acuerdo con los términos de nuestro contrato de red y estar de acuerdo en estar sujeto con todas las regulaciones y leyes aplicables antes de ser autorizado para que actúe como médico de cabecera de su accidente. Si su médico de cabecera no es autorizado o Ud. decide cambiar los médicos a futuro, en consecuencia Ud. debe seleccionar un doctor proveído por la red.

Si Ud. Necesita Tratamiento Emergencia

El tratamiento emergencia no necesita ser aprobado con anterioridad. Bajo la ley de Texas, “emergencia” es definida como ya sea una emergencia médica o mental. Una “emergencia médica” es el inicio repentino de una condición médica manifestada por medio de síntomas precisos de suficiente severidad, como incluyendo dolor severo, que la falta de atención médica inmediata razonablemente esperada resulte en (i) en colocar en extremo peligro la salud del paciente o sus funciones motoras; o (ii) la disfunción de cualquier parte u órgano del cuerpo. Una “emergencia mental” es una condición que razonablemente represente un peligro para la condición mental de la persona que la sufre u otra persona que la experimente.

Si Ud. se encuentra lesionado y es una emergencia, llame al 911 o diríjase al lugar más cercano de atención emergencias médicas. Después de que Ud. reciba atención de emergencia y en caso de que Ud. requiera tratamiento continuo, Ud. deberá seleccionar uno de los doctores de nuestra red para que supervise su tratamiento médico recibido con ocasión de su accidente laboral.

Ud. podrá no optar por seleccionar uno de nuestros proveedores de servicio y tener cobertura de los costos médicos en que Ud. incurrió solo si:

- La emergencia médica es necesitada; o
- Ud. no está domiciliado en una área de servicio; o
- Si su médico de cabecera lo remite una red de servicio ajena a nuestros proveedores y esta fue aprobada antes de su remisión; o
- Ud. seleccionó su médico de cabecera y este fue autorizado por nuestra red después de que este aceptó someterse a nuestro contrato de red y sus leyes aplicables.

Remisiones y especialistas

Ud. no necesita una remisión si tenga una condición de emergencia de salud. Excepto para emergencias, su doctor de cabecera proveerá todo tratamiento y hará todas las remisiones necesarias. Los servicios de atención en salud, incluyendo las remisiones, lo habilitarán oportunamente acorde con su condición médica, pero no más de 21 días después de su solicitud. Si Ud. necesita una especialista y este no se encuentra habilitado en su área, su médico de cabecera deberá obtener una autorización previa antes de su remisión a proveedor fuera la red. La red deberá aprobar las remisiones a proveedores fuera de la red dentro de los días siguientes a la solicitud interpuesta, o lo más pronto posible si Ud. tiene condiciones serias de salud que ameriten una aprobación inmediata. Si la red no aprueba la remisión petitionada, Ud. tendrá el derecho de apelar la decisión a través de nuestro servicio de quejas debidamente detallado en este paquete.

Para cambiar su médico de cabecera

Si somos informados que su doctor de cabecera abandono nuestra red, Ud. deberá seleccionar otro doctor de la base de datos de doctores de la red. En caso de que Ud. tenga una condición seria de salud en la cual el cambio de doctores pueda afectarlo, su doctor podrá solicitar que Ud. continúe su tratamiento con él/ella hasta un término adicional de 90 días.

Si Ud. se encuentra insatisfecho con el primer médico de cabecera seleccionado, Ud. podrá seleccionar otro medio de la base de datos de doctores proveída por la red. Nosotros no denegaremos este cambio. Sin embargo, si Ud. se mantiene inconforme, Ud. deberá tener una petición previamente aprobada por la red antes de cambiar su doctor de cabecera una segunda vez.

Revisión del Área de Servicio

En caso de que Ud. considere que actualmente no se encuentra domiciliado dentro de una red de servicio, Ud. podrá comunicarse con Prime Health Services para solicitar una revisión de las áreas de servicio en su zona. Ud. necesitará presentar prueba que soporte su reclamo. Nosotros le enviaremos nuestra decisión por escrito dentro de los 7 días siguientes a la recepción de tu petición.

En caso de que Ud. no se encuentre de acuerdo con nuestra decisión, Ud. tiene derecho para presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas. Su queja deberá incluir su nombre, dirección de residencia, número telefónico, una copia de nuestra decisión, y cualquier tipo de documentación relacionada con dicha queja. Los formatos de queja se encuentran habilitados en la página web del Departamento de Seguros de Texas <https://www.tdi.texas.gov> Adicionalmente, Ud también podrá solicitar un formato de queja escribiéndonos a:

**HMO Division, Mail Code 103-6A,
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104.**

En caso de que Ud. afirme que Ud. actualmente no está domiciliado/a en un área de servicio y Ud. podrá recibir tratamiento médico por parte por parte de alguno de nuestros proveedor de red mientras Ud. espera nuestra decisión sobre la revisión o mientras Ud. se encuentra a la espera de una decisión del Departamento de Seguros de Texas ante la queja presentada. En caso de que sea determinado que Ud. se encuentra domiciliado dentro de una de nuestras áreas de servicio, Ud. deberá pagar por todos y cada uno de los tratamientos médicos que haya recibido por parte de los doctores y redes ajenas a nuestros prestadores de servicio.

[Autorización de Tratamiento Médico Previo](#)

El tratamiento médico ordenado por el médico de cabecera deberá ser autorizado con anterioridad. Ud. (o su Doctor) tiene el deber de presentar una petición para aprobación por parte de la red para los servicios enlistados en la parte inferior ANTES de que le sean suministrados o proveídos. Ud. podrá continuar recibiendo su tratamiento después que sea aprobada su solicitud de servicios; por ejemplo, en caso de que Ud. necesite estar hospitalizado por un término mayor del tiempo que había sido aprobado en primera medida, Ud. necesitará que su tratamiento sea aprobado por parte de la red con anterioridad.

[Los siguientes son los tratamientos y servicios que deberán ser aprobados con anterioridad:](#)

- Cualquier tipo de cirugía, incluyendo hospitalización o servicios ambulatorios quirúrgicos.
- Cualquier tipo de admisión a hospitalización, incluyendo los procedimientos agendados y a lo largo de la hospitalización.
- Todos los programas de rehabilitación laboral no exentos y todos los programas de rehabilitación de acondicionamiento laboral no exentos.
- Servicios de terapias físicas y ocupacionales y relacionadas con los programas de rehabilitación o dependencia.
- Servicios psicológicos y psiquiátricos o de tratamiento después de la valoración inicial.
- Los servicios o test experimentales no aprobados ampliamente como tratamiento estándar de atención
- Todas las tomografías MRI y CT y todos los estudios de diagnóstico individuales para repetición.
- Todos los DME que superen el valor de \$500 por artículo sean rentados o comprados.
- Manejo crónico de dolor o rehabilitación interdisciplinaria para el dolor.
- Todos los medicamentos no incluidos en el formulario de la División.
- Todos los tratamientos y servicios que excedan o que no estén relacionados con las guías y protocolos de tratamiento adoptados y que tampoco estén pre autorizados como plan de tratamiento.
- Planes de tratamiento requeridos; y
- Cualquier tipo de tratamiento por cualquier tipo de lesión o diagnóstico que no es aceptado por la Red de acuerdo con el Labor Code §408.0042 y Texas Administrative Code §126.14.

En caso de que la Red niegue su solicitud de tratamiento, Nosotros le enviaremos una comunicación por escrito informado el de su derecho a presentar una solicitud de reconsideración contra el tratamiento denegado o solicitando una revisión por parte de la Independant Review Organization a través del Departamento de Seguros de Texas.

Quejas

En caso de que Ud. se encuentre insatisfecho con cualquier aspecto relación con la operación de la Red, incluyendo quejas acerca de los doctores, Ud. podrá presentar una queja ante Prime Health Services. Ud. deberá notificar a nuestro Coordinaros de Quejas en caso de que la queja sea presentada via telefónica o enviada vía mail, email, o fax entro de un término no mayor a 90 días contados a partir de la fecha de ocurrencia del inconveniente o disconformidad. Prosiga sus quejas ante:

Prime Health Services Texas HCN
Attention: Grievance Coordinator
331 Mallory Station Road
Franklin, TN 37067
Phone: 866-348-3887 Fax: 615-329-4751
grievance.coordinator@primehealthservices.com

La Ley de Texas no permite que Prime Health Services tome represalias en contra suya o de su empleador, si Ud. o su empleador presenta una queja en contra de la Red. Adicionalmente, Nosotros no podemos adoptar ningún tipo de medida si Ud. o su empleador apela la decisión tomada por la Red. La Ley no permite que la Red tome alguna medida en contra de su médico de cabecera si este presenta una queja en contra de la Red o apela la decisión de la Red en su nombre.

Al momento de recibir su queja, Prime Health Services le enviara una carta de reconocimiento dentro de 7 días. La carta describirá los procedimientos de queja de la Red y los términos. Nosotros revisaremos y resolveremos su queja por escrito dentro de los 30 días siguientes de recibo de la petición. Para evitar cualquier tipo de demora, por favor incluya su nombre, dirección de domicilio, número telefónico, una copia de la primera decisión de la Red (si la hay), y cualquier tipo de evidencia que nos haya enviado para su revisión o toda evidencia que Ud. considere debe ser revisada por nosotros.

Adicionalmente, Ud. tiene el derecho de presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas si Ud. se encuentra en desacuerdo con la decisión adoptada por la Red. El formulario de quejas del Departamento se encuentra habilitado en el sitio Web de la misma <https://www.tdi.texas.gov> o llamando al número telefónico 800-252-7031, o puede presentar una solicitud por escrito a:

**HMO Division, Mail Code 103-6A,
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104.**

En caso de que Ud. envíe una queja al Departamento, esta deberá incluir su nombre, dirección actual de correo electrónico, número telefónico, una copia de la decisión adoptada por la Red, y cualquier tipo de evidencia que Ud. haya enviado para revisión a la Red.

[Decisiones adversas, Reconsideraciones y Revisiones Independientes](#)

Si Ud. es notificado de una decisión adversa por parte de la Red, la notificación pertinente incluirá:

- Las razones principales y el fundamento clínico que soporta la decisión adversa
- Descripción de o la fuente de criterio empleada como guía
- El consejo profesional de un especialista en el área en caso de que allá sido consultado
- Descripción del proceso de reconsideración y la habilitación de una revisión independiente.

Si Ud. recibe notificación de una decisión adversa basada en una necesidad médica, Ud. podrá solicitar una revisión independiente de la misma por medio del Departamento de Seguros de Texas. Los

formularios relacionados con la habilitación de una revisión independiente podrá ser obtenidos por medio del sitio web del Departamento <https://www.tdi.texas.gov> , o por medio de solicitud por escrito ante

**HMO Division, Mail Code 103-6A,
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104.**

Un Empleado con una condición que amenaza con su vida tiene el derecho a una revisión inmediata por medio de Independent Review Organization y no estará sujeto a cumplir con los procedimientos para obtener una reconsideración ante una posible decisión adversa (descrita en la parte inferior).

Ud. (o la persona actuando en su nombre) podrá solicitar a la Red reconsiderar una decisión adversa. La petición podrá ser hecha vía telefónica o por escrito ante el Coordinador de Quejas de Prime Health Services por medio de la información de contacto determinada en la parte inferior. Sin embargo, Ud. deberá tener en cuenta que deberá presentar su reconsideración dentro de un término no mayor a 30 días después de que Ud. recibió la decisión adversa:

**Prime Health Services Texas HCN
Attention: Grievance Coordinator
331 Mallory Station Road
Franklin, TN 37067
Phone: 866-348-3887 Fax: 615-329-4751
grievance.coordinator@primehealthservices.com**

Dentro de los 5 días calendario después de recibida su petición de reconsideración, la persona encargada de resolver la reconsideración le enviara una carta mostrando la fecha en que su petición fue recibida y la lista de los documentos que Ud. deberá presentar para completar la reconsideración.

Después de que la reconsideración que resuelve la decisión adversa está completa, la Red le enviara a Ud (o a la persona que actúa en su nombre) una carta de respuesta dentro de un término no mayor a 30 días después de que su petición fue recibida. La carta de respuesta explicara la resolución de su caso e incluirá lo siguiente:

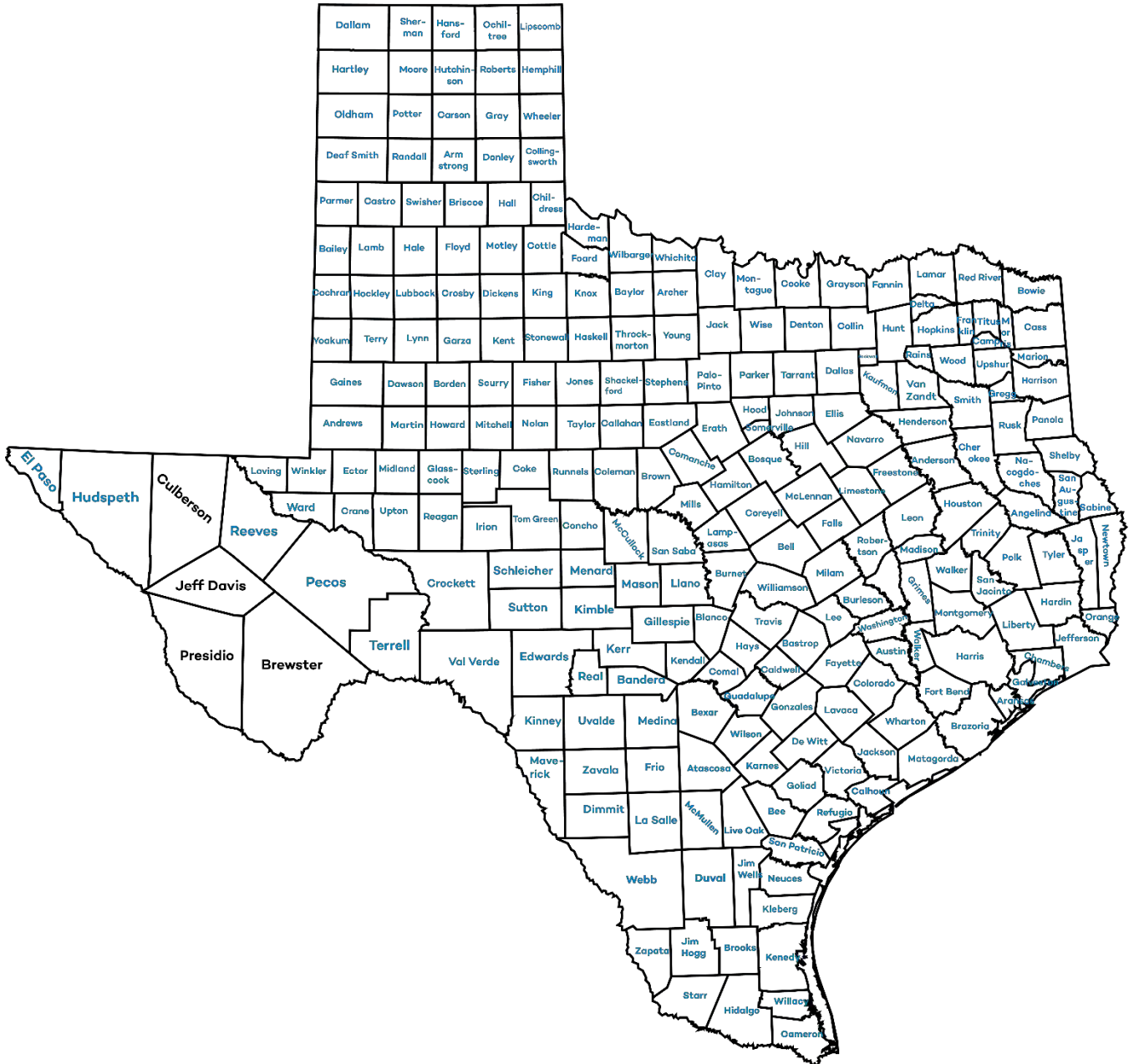
- Las razones médicas y clínicas que fundamentan la resolución
- El fundamento médico y clínico que fundamenta la decisión
- El concepto dado por un especialista del área en caso de que haya sido requerido y el estado en que el especialista consultado esta licenciado; y

- Notificación del derecho de la parte para solicitar o petitionar una revisión de la denegación por medio de una Independent Review Organization y el procedimiento a seguir para obtener una revisión.

Si su solicitud de remisión es denegada porque la remisión mediamente no resulta necesaria, o si su solicitud es denegada porque constituye una desviación de la guía de tratamiento, de los protocolos de tratamiento individuales o el criterio establecido, Ud. (o la persona que actúe en su nombre) tienen el derecho a buscar la revisión de la denegación por medio de una Independent Review Organization. Por favor, tenga en cuenta que Ud. debe oportunamente presentar una petición para una revisión independiente dentro del término no mayor a 45 días luego de la fecha en que la Red negó su solicitud de reconsideración.

La Red está obligada a pagar los costos de la revisión independiente, y la Red será responsable por el cuidado de su salud mientras Ud. espera los resultados de su apelación. La Red, el corredor de seguros, y el empleador están obligados a cumplir con la decisión adoptada por la Independent Review Organization.

Prime Health Services Texas HCN
Service Area Map



KEY: Service Area – 250 Counties in blue, excludes four counties in black.

Reconocimiento otorgado por parte del Empleado acerca de la Red de Compensaciones de los Trabajadores

Al firmar de este formulario, Yo reconozco y entiendo que:

- He recibido el paquete de información que me comunica y dice como recibir y obtener tratamientos de un médico del seguro de compensación para trabajadores de mi empleador.
- En caso de que sufra un accidente en el trabajo y viva en el área descrita en el paquete, estoy obligado a seleccionar un médico de la base de Doctores proveída en la red por Prime Health Services, o puedo preguntarle a mi médico de atención primaria si puede actuar como mi médico tratante. En caso de que seleccione a mi primer médico tratante, estoy obligado a comunicarme vía telefónica al número 866-348-3887 (Línea Gratuita) con el fin de notificar a Prime Health Services, de mi elección.
- Estoy obligado a ir a mi médico tratante para toda la atención de mi salud para mi lesión. Si necesito un especialista, mi doctor me referirá. Si necesito atención de emergencia, puedo ir a cualquier parte.
- La compañía de seguros le pagara a mi médico tratante y a los proveedores de servicios médicos de la red.
- Es posible que tenga que pagar la factura si recibo atención médica, aparte de la atención de emergencia, de alguien que no sea un médico de la aprobación de la red.
- Sabiamente hacer falsas reclamaciones de compensación de los trabajadores, puede dar lugar a investigaciones penales que podrían dar lugar a sanciones penales como multas y encarcelamiento.

Firma

Fecha

Nombre

Dirección de Domicilio



Ciudad

Estado

Código Zip

Nombre Empleador

Nombre de la Red: Prime Health Services Texas HCN

Si necesarita localizar un médico para su tratamiento, llame Prime Health Services al número telefónico 866-348-3887.

Por favor, indique si:

La notificación inicial como empleado (ninguna lesión ocasionada); o

notificación de accidente laboral (fecha de accidente laboral): ___/___/___)

mes día año

***Devuelva este formulario a su empleador.**

No lo envíe a Prime Health Services*