

---

## **La Red de Salud de Texas de Prime Health Services**

# **Aviso a los Empleados sobre los Requisitos solicitados por la Red**

Para contactar EK Health Services o para localizar un proveedor, llame gratis al número telefónico 1-888-512-5454 o utilice nuestra herramienta de búsqueda en línea en <https://intelleserver.com/berkleyentertainment>

## Texas HCN – Derechos y Obligaciones del Empleado

Estimado **ADD EMPLOYER** Empleado:

**ADD EMPLOYER** actualmente trabaja con EK Health Services, Inc. para proporcionar acceso a la red a sus empleados. EK Health Services, Inc. ha elegido a Prime Health Services, Inc. como su red de atención médica de Texas (HCN) para que sea la red de compensación para trabajadores certificada que administrará su atención médica si tiene una lesión relacionada con el 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 guiará y ayudará 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 EKHealth 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.

**EK Health Services, Inc.**  
**Attn: TX HCN Support**  
**992 S. De Anza Blvd #101**  
**San Jose, CA 95129**  
**1-888-512-5454 (toll-free)**

---

### Luego de ocurrido su accidente laboral

#### **#1 Ud. tiene que seleccionar un médico de cabecera**

Si Ud. está 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. está 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.

## #2 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 EK Health Services llamado al número telefónico 1-88-512-5454 (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.

Póngase en contacto con su empleador o ajustador para obtener una lista actualizada de proveedores o puede acceder a ella a través de nuestro sitio web en <https://intelleserver.com/berkeleyentertainmnt>. Una copia impresa está disponible bajo petición. La lista se actualiza al menos cada tres meses e identifica a los proveedores que aceptan pacientes nuevos y los que están tratando a médicos. También puede llamar a EK Health al 1-888-512-5454 si necesita ayuda.

Si se lesiona en el trabajo después del horario normal de trabajo o mientras trabaja fuera del área de servicio, debe ir al centro de atención más cercano. Sin embargo, si no se trata de una emergencia y usted va a un proveedor que no pertenece a la red, es posible que deba pagar la factura por los servicios que recibió.

## #3 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 sí:

- 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.

#### **#4) 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 peticionada, Ud. tendrá el derecho de apelar la decisión a través de nuestro servicio de quejas debidamente detallado en este paquete.

#### **#5 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 médico 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.

#### **#6 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 [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us). Adicionalmente, Ud también podrá solicitar un formato de queja escribiéndonos a: HMO Division, Mail Code 103-6<sup>a</sup>, Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, Texas 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.

## #7 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.

## #8 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 EK Health Services. Ud. deberá notificar a nuestro Coordinador 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:

**EK Health Services, Inc for Prime Health Services Texas HCN**

**Attention: Grievance Coordinator**

**992 S. De Anza Blvd #101 San Jose, CA 95129**

**Phone: (888) 512-5454 Fax: (408) 355-9561**

**[grievance.coordinator@ekhealth.com](mailto:grievance.coordinator@ekhealth.com)**

La Ley de Texas no permite que Preme 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, EK 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, numero telefónico, una copia de la primer 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 [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us) o llamando al número telefónico 1-800-252-7031, o puede presentar una solicitud por escrito a: HMO Divison, Mail Code 103-6ª, Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin, Texas 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.

## #9 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 [www.tdi.state.tx.us](http://www.tdi.state.tx.us), o por medio de solicitud por escrito ante HMO Division, Mail Code 103-6ª, Texas Department of Insurance, P.O. Box 149104, Austin Texas 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 EK 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:

**EK Health Services, Inc. for Prime Health Services Texas HCN**  
**Attention: Grievance Coordinator**  
**992 S. De Anza Blvd #101 San Jose, CA 95129**  
**Número Telefónico: (888) 512-5454 Fax: (408) 355-9561**  
**[grievance.coordinator@ekhealth.com](mailto:grievance.coordinator@ekhealth.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 peticionar 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.





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

Firmando el presente documento, Yo reconozco y entiendo que:

- ✓ Yo recibí el paquete de información que me comunica y advierte como recibir y obtener tratamientos de tipo medio a través del seguro de compensación para trabajadores otorgado por mi empleador
- ✓ En caso de que yo sufra o sea sujeto de un accidente de trabajo y me encuentre domiciliado en una de las áreas de atención determinadas en este paquete, Yo estoy obligado a seleccionar un médico de cabecera de la base de datos de Doctores proveída por la Red Prime Health Services, o Yo debo requerirle al primer médico tratante que actúe como mi médico de cabecera. En caso de que Yo seleccione a mi primer médico tratante, Yo estoy obligado a comunicarme vía telefónica al número 1-888-512-5454 (Línea Gratuita) con el fin de notificar a la Red EK Prime Health Services acerca de mi elección
- ✓ Yo estoy obligado a dirigirme ante mi médico de cabecera por todos y cada uno de los tratamientos médicos ocasionados por el accidente de trabajo del que sea sujeto. En caso de que Yo requiera un especialista, mi médico de cabecera será quien me remitirá. En caso de que yo sea sujeto de una emergencia médica, Yo estoy obligado a dirigirme al lugar de atención médica de urgencias más cercano.
- ✓ Un corredor de seguros será la persona encargada de pagar a mi médico de cabecera y a los proveedores de servicios médicos de la Red.
- ✓ Reconozco que estaré obligado a pagar todas y cada una de las cuentas y gastos médicos en que incurra, excepto la atención por emergencia médica, en caso de que Yo sea atendido y tratado médica y clínicamente por un doctor o proveedor NO autorizado previamente por la Red.

\_\_\_\_\_  
*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 EK Health Services al número telefónico 1-888-512-5454.**

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 EK Health Services\***