

IMO MED-SELECT NETWORK®

A Certified Texas Workers' Compensation
Health Care Network

Paquete de Notificación de Red de Empleados





Notice of Network Requirements

Important Medical Care Information for Work-Related Injuries and Illnesses:

1. A partir del 1 de septiembre de 2014, su empleador se asocia con la IMO Med-Select Network[®], una red certificada de cuidado de la salud de los trabajadores de Texas. Usted está cubierto por la red si usted vive en cualquiera de los condados que se enumeran a continuación. El 1 de noviembre de 2018 es la fecha efectiva para las reclamaciones del área del Condado de Lubbock.
2. Para cualquier pregunta usted puede entrar en contacto con IMO cerca:
 - a. Llamando IMO Med-Select Network[®] en 888.466.6381
 - b. Eescribir a P.O. Box 260287, Plano, TX 75026
 - c. preguntas por correo electrónico a netcare@injurymanagement.com
3. Cada red de compensación de trabajadores certificada debe tener una o más áreas de servicio donde los doctores y otros trabajadores de la salud estén disponibles para tratarlo si usted es herido en el trabajo. Las áreas de servicio de la IMO Med-Select Network[®] incluyen los siguientes condados:

Atascosa	Comal	Hale	Liberty	Tarrant
Austin	Crosby	Harris	Limestone	Terry
Bandera	Dallas	Hays	Lubbock	Travis
Bastrop	Denton	Henderson	Lynn	Van Zandt
Bell	El Paso	Hidalgo	McLennan	Walker
Bexar	Ellis	Hill	Medina	Waller
Blanco	Falls	Hockley	Milam	Washington
Brazoria	Fayette	Hood	Montgomery	Wharton
Brazos	Floyd	Hunt	Navarro	Williamson
Burleson	Fort Bend	Jefferson	Parker	Wilson
Burnet	Galveston	Johnson	Rains	Wise
Caldwell	Garza	Karnes	Robertson	Wood
Cameron	Gonzales	Kaufman	Rockwall	
Chambers	Grayson	Kendall	San Jacinto	
Collin	Grimes	Lamb	Smith	
Colorado	Guadalupe	Lee	Starr	

4. Un mapa del área de servicio con los condados antedichos también se puede ver en el Web site de la OMI en www.injurymanagement.com o en la página 9 de este paquete.
5. A excepción de emergencias, si usted es lastimado en el trabajo y vive en el área de servicio de la red, usted debe elegir a un doctor que trata de la lista de doctores de la red. Todos los servicios y referidos deben ser recibidos de su medico tratante.
6. Usted tiene el derecho de seleccionar a su médico de atención primaria de la HMO (PCP) como su médico tratante si su PCP de la HMO fue seleccionado antes de su lesión en el trabajo. La red prefiere que usted toma esta decisión tan pronto como sea posible. Su PCP de HMO debe aceptar cumplir con el contrato y las reglas de la red de atención médica de compensación al trabajador.
7. A excepción de las emergencias, la red debe concertar servicios, incluyendo referidos a especialistas, para que sean accesibles a usted oportunamente y dentro del tiempo adecuado a las circunstancias y su condición, pero a más tardar 21 días después de la fecha de la Petición.
8. Si necesita atención de emergencia, puede ir a cualquier parte. Si se lesiona después de las horas de trabajo y no es una emergencia, vaya al centro de atención médica más cercano.
9. Si no puede ponerse en contacto con el médico que lo atiende después de horas hábiles, y necesita atención urgente, diríjase al centro de atención de urgencias más cercano.
10. Si no vive en un área de servicio de red, no está obligado a recibir atención de los proveedores de la red.
11. Si se lesiona en el trabajo y no cree que vive dentro del área de servicio de la red, llame a la Oficina Estatal de administración de riesgos (SERM) en 877.445.0006. SORM debe revisar la información dentro de siete días naturales y notificarle su decisión por escrito.
12. SORM puede estar de acuerdo que usted no vive en el área de servicio de la red. Si recibe atención de un proveedor fuera de la red y después se determina que vive en el área de servicio de la red, es posible que se le exija pagar la factura por los servicios de atención médica.
13. Si usted no está de acuerdo con la decisión de SORM con respecto al área de servicio de la red, usted puede presentar una queja ante el Texas Department of Insurance. La información del formulario de quejas se dirige en #27.
14. Incluso si usted cree que no vive en el área de servicio de la red, usted todavía puede recibir atención médica de los doctores de la red y otro personal de la red de salud mientras su queja es revisada por SORM y el Texas Department of Insurance.
15. Incluso si usted cree que usted no vive en el área de servicio de la red, usted todavía puede recibir atención médica de los doctores de la red y otro personal de la red de atención médica mientras su queja es revisada por SORM y el Texas Department of Insurance.

16. SORM pagará por los servicios prestados por la red de tratamiento médico y otros proveedores de atención médica de la red. A excepción de la atención de emergencia, es posible que se le exija pagar la factura si recibe atención de alguien que no sea un médico de la red sin aprobación.
17. Todos los médicos de la red y otros proveedores facturarán a SORM por los servicios médicos relacionados con su lesión de trabajo indemnizable. El proveedor de la red no debe facturar al empleado. A menos que haya una necesidad de emergencia, la red debe aprobar cualquiera de los siguientes servicios de atención médica antes de que se le proporcionen:
 - a. atención hospitalaria y quirúrgica
 - b. atención de la salud mental
 - c. servicios de medicina física
 - d. pruebas diagnósticas
 - e. inyecciones
 - f. programas de rehabilitación
 - g. equipo médico durable
 - h. tratamiento no recomendado por directrices basadas en pruebas
 - i. medicamentos
18. "Determinación adversa" significa una determinación, realizada mediante revisión de utilización o revisión retrospectiva, de que los servicios de atención de la salud suministrados o propuestos para ser suministrados a un empleado no son médicamente necesarios o apropiados.
19. Si los servicios de asistencia sanitaria propuestos son para la hospitalización concurrente, la persona que realiza la revisión de la utilización debe, dentro de 24 horas de la recepción de la petición, transmitir una determinación que indica si los servicios propuestos son pre-autorizados. Para todas las demás solicitudes de preautorización, la persona que realiza la revisión de utilización debe emitir y transmitir la determinación a más tardar tres días hábiles después de la fecha de recepción de la solicitud.
20. Si la red emite una determinación adversa de la solicitud de servicios de atención médica, usted, una persona que actúe en su nombre, o su médico puede presentar una solicitud de reconsideración escribiendo una carta o llamando a la red. A pesar de que usted puede solicitar una reconsideración de la negación usted mismo, la red le alienta a hablar con su médico sobre la presentación de la reconsideración. Es posible que tenga que enviar información médica a la red. Esta reconsideración debe presentarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha en que su médico reciba la determinación adversa por escrito.
21. La red responderá a la solicitud de reconsideración dentro de los cinco días hábiles siguientes a la recepción demostrando que la red ha recibido la información. La red tiene hasta 30 días hábiles para la determinación final. Si se trata de una solicitud de reconsideración para la revisión simultánea, la red responderá en un plazo de tres días hábiles. La red responderá dentro de un día hábil si se trata de una solicitud de reconsideración que implique una denegación de los servicios de atención médica propuestos que impliquen tratamiento después de la estabilización, condiciones potencialmente mortales o para la duración continua de la estancia en una instalación.

22. Independent Review Organization (IRO): un empleado con una condición potencialmente mortal tiene derecho a un examen inmediato por una IRO y no está obligado a cumplir con los procedimientos para una reconsideración de una determinación adversa.
23. Si la red hace una determinación adversa sobre una reconsideración de lo siguiente: i) una revisión de preautorización, II) una revisión concurrente o III) una revisión retrospectiva, la notificación incluirá información sobre cómo solicitar una IRO. Las solicitudes de una IRO deberán enviarse a más tardar de 45 días a partir de la fecha de la denegación de la reconsideración.
24. Si la situación es potencialmente mortal, no tiene que pasar por el proceso de reconsideración de la red. Usted, la persona que actúa en su nombre, o el proveedor solicitante puede solicitar una revisión por parte de una IRO. Las solicitudes de Iro se realizarán al Texas Department of Insurance en nombre del paciente por el Utilization Review Agent (URA).
25. puede solicitarse una revisión de la IRO por varias otras razones además de una situación que amenace la vida. Las razones pueden incluir: i) si la red niega la atención médica por segunda vez negándole su reconsideración; II) si la red niega la remisión hecha por su médico tratante porque no es médicamente necesaria; o III) si la red niega su atención porque no está dentro de las pautas de tratamiento.
26. Tras la revisión de la IRO, enviarán una carta en la que se expliquen sus decisiones. SORM pagará los honorarios de la IRO.
27. Su médico tratante puede decidir abandonar la red. Si es así, y si puede dañarle para detener inmediatamente el cuidado del doctor, SORM debe pagar a su doctor que trata por hasta 90 días de cuidado continuo.
28. Si no está satisfecho con cualquier parte de la red, puede presentar una queja. Cualquier queja debe ser presentada dentro de 90 días del evento con el cual usted está insatisfecho. Cuando se reciba una queja, se le enviará una carta de notificación dentro de siete días, la cual describirá los procedimientos de la queja. La red revisará y resolverá la queja dentro de los 30 días siguientes a su recepción. Puede ponerse en contacto con la red:
 - a. Llamando a: 877.870.0638
 - b. Escritura: IMO Med-Select Network®
Attention: NetComplaint
P.O. Box 260287
Plano, TX 75026
 - c. Correo electrónico: netcomplaint@injurymanagement.com
29. La red no tomará represalias si:
 - a. Un empleado o empleador archiva una queja contra la red, o apela una decisión de la red, o
 - b. Un proveedor, en nombre del empleado, archiva una queja contra la red o apela una decisión de la red.

30. Si presenta una queja ante la red y no está satisfecha con la resolución de la red, puede presentar una apelación ante el Texas Department of Insurance (TDI). Puede recibir un formulario de reclamación de:
- a. El sitio web de TDI en www.TDI.Texas.gov, o
 - b. Escriba a TDI en la siguiente dirección:
Texas Department of Insurance
HMO Division, Mail Code 103-6A
P.O. Box 149104 Austin, TX 78714-9104
31. Dentro de cinco días hábiles, la red enviará una carta confirmando que recibieron la apelación.
32. Se actualizará una lista de proveedores de red cada tres meses, incluyendo:
- a. Los nombres y direcciones de los proveedores de red agrupados por especialidad. Los médicos tratantes se identificarán y enumerarán por separado de los especialistas; Y
 - b. Los proveedores que estén autorizados para evaluar la mejoría médica máxima y presentar calificaciones por deterioro de valor deberán estar claramente identificados.
33. Puede ver, imprimir o enviar por correo electrónico un directorio de proveedores en línea en www.injurymanagement.com.



Attention Participating Network Employee

- Show this card to each and every medical provider that treats you for your work-related injury.
- With the exception of emergency medical care, you must treat with a network provider.
- This card is for information purposes only and does not guarantee coverage.

Please contact IMO at 888.466.6381 with any questions.

Cut here

WORKERS' COMPENSATION IDENTIFICATION CARD



Fold here

FOR WORKERS' COMPENSATION HEALTH CARE NETWORK ONLY

Attention Provider

- With the exception of emergency and initial medical treatment, you are required to notify the network of all referrals.
- You must also be an approved network provider.
- Contact the IMO Med-Select Network® to verify if you are an approved provider, or with questions regarding medical services.

IMO Contact Information:

Phone: 888.466.6381, Fax: 877.946.6638

Email: netcare@injurymanagement.com

Send Medical Bill to:

State Office of Risk Management, PO Box 13777, Austin, TX 78711



**Formulario de reconocimiento
de la red de compensación obrera**

He recibido la Notificación de los requisitos para utilizar la Red que me explica cómo obtener atención médica a través de la Red de compensación al trabajador.

Si me lastimo en el trabajo y vivo en el área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Debo elegir un médico tratante de la lista de médicos pertenecientes a la red de **IMO Med-Select Network**[®]. O puedo pedir a mi médico de atención primaria en mi HMO que acepte ser mi médico tratante, para lo cual debo llenar el Formulario # IMO MSN-5, titulado Médico de atención primaria de HMO como médico tratante del seguro de compensación al trabajador.
2. Debo recurrir a mi médico tratante de la red para toda atención médica relacionada con mi lesión. Si necesito a un especialista, mi médico tratante hará el referido. Si necesito una atención de emergencia, puedo ir a cualquier lugar.
3. Pagara la aseguranza para trabajadores al medico tratante y demás proveedores de atención médica.
4. Es posible *que me vea obligado a pagar la factura si recibo atención médica de alguien que no pertenezca a la red sin obtener autorización de la red.*
5. Si recibo la Notificación de requisitos para utilizar la red y si niego a firmar el Recibo de Información, *aún estoy obligado a utilizar la red.*

Sírvase proporcionar la siguiente información antes de firmar y enviar este formulario de recibo de información:

Nombre de la compañía: SORM

de ID de Empleado: _____ **Nombre de la red:** IMO Med-Select Network[®]

Fecha de empleo: _____ **Departamento:** _____

Domicilio: _____
Calle – No se admiten apartados de correo ni la dirección del trabajo

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Firma del empleado

Fecha

Nombre y apellidos en letra de molde

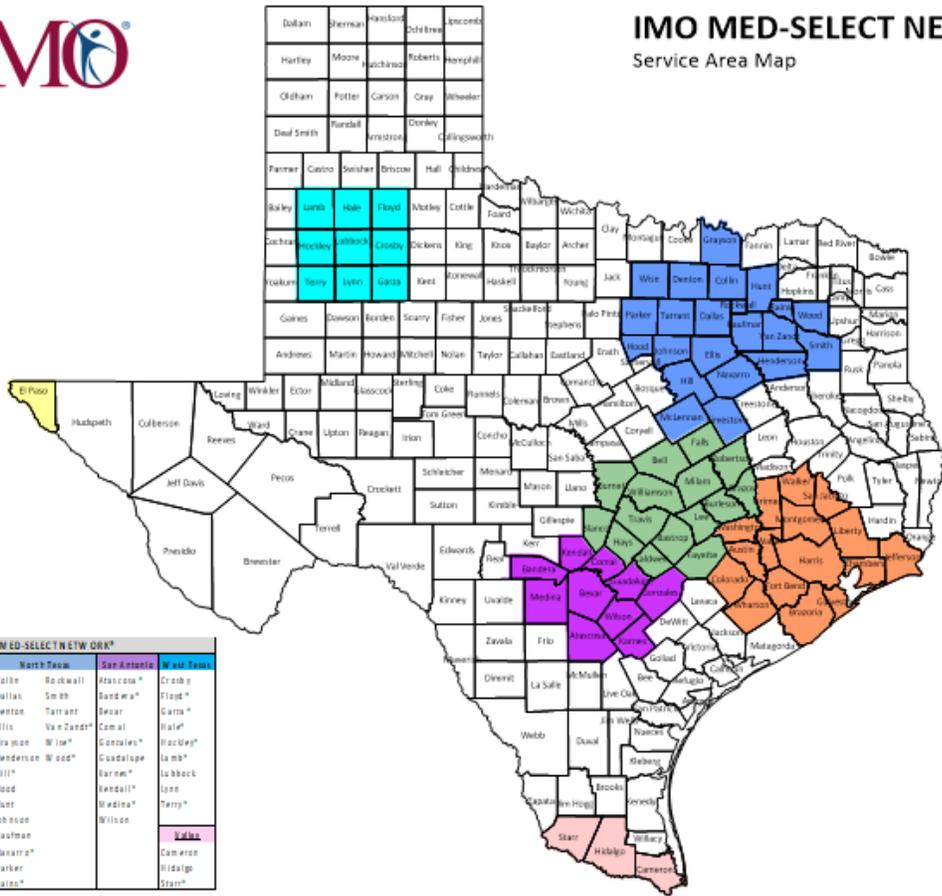
Número de teléfono del empleado

Printed Name

Employee Phone Number



IMO MED-SELECT NETWORK® Service Area Map

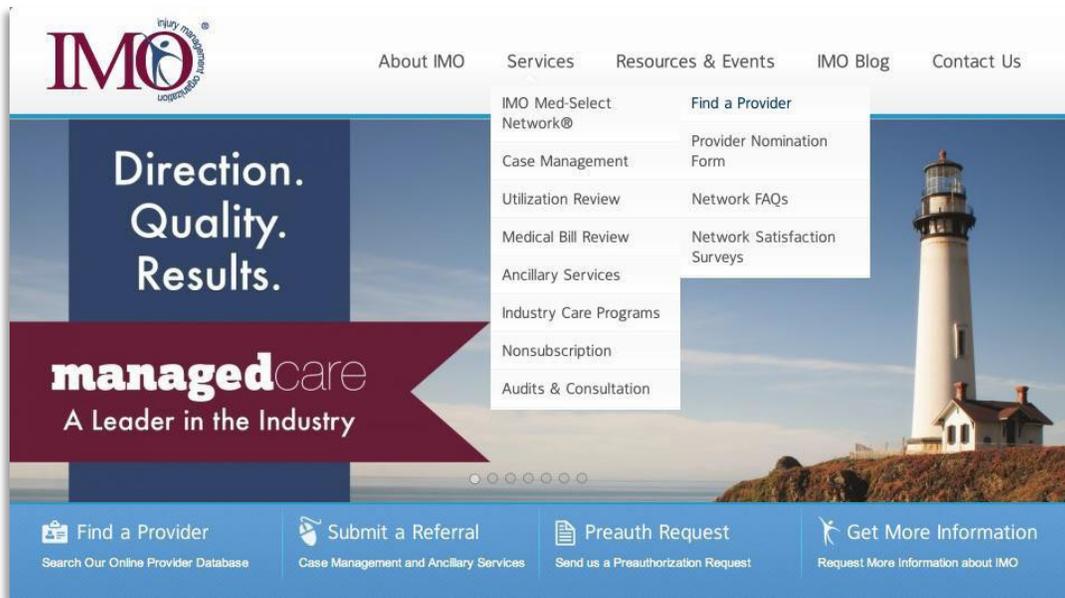


IMO MED-SELECT NETWORK®				
Austin	Houston	North Texas	San Antonio	East Texas
Bastrop	Houston*	Collin	Atascosa*	Crosby
Bell	Stratton	Dallas	Bandera*	Floyd*
Brewster*	Chambers	Denton	Bexar*	Garza*
Burleson*	Colorado*	Dills	Comal	Hale*
Burnet*	Fort Bend	Grayson	Gonzales*	Hockley*
Caldwell	Galveston	Henderson	Guadalupe	Lamb*
Fayette*	Harris	Hill*	Harris*	Libbuck
Hays	Liberty	Hood	Hendall*	Lynn
Lee*	Montgomery	Hunt	Medina*	Terry*
Travis	San Jacinto*	Jackson	Willson	
Williamson	Waller	Houston		El Paso
El Paso	Washington*	Parlier		Cameras
	El Paso	Rainey*		Fidalgo
				Starr*



Buscar un proveedor instrucciones de búsqueda
www.injurymanagement.com

Las instantáneas siguientes muestran ejemplos de lo siguiente: 1) un visual de la Página principal del sitio web donde la búsqueda "encontrar un proveedor" puede ser fácilmente localizada en la barra azul a través del medio o bajo la pestaña "servicios"; 2) un visual de la página donde se encuentra la búsqueda y la base de datos "encontrar un proveedor"; 3) paso 1 y 2 del proceso de búsqueda; 4) formato de resultados de búsqueda basado en un código postal de ejemplo.



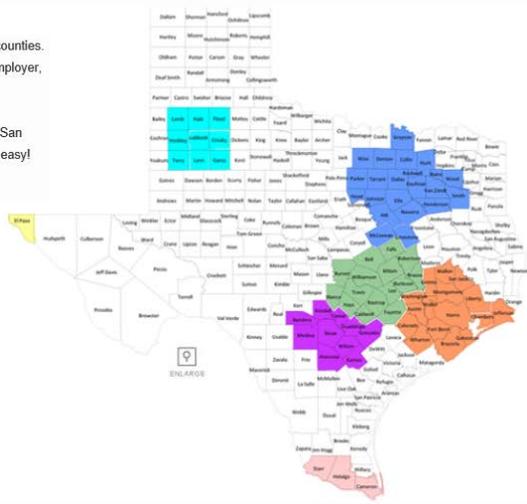
Getting Started

Determine Your Service Area

Service areas in the IMO Med-Select Network® include the following counties. If you do not live in a geographic county listed, please contact your employer, carrier or IMO at 888.466.6381 for further assistance.

Main coverage areas include Austin, Houston, Lubbock, North Texas, San Antonio, El Paso and the Valley. Finding the right provider near you is easy! Complete Steps 1 and 2 below and click 'Search'.

IMO MED-SELECT NETWORK®			
Austin	Houston	North Texas	San Antonio
Bastrop	Austin*	Collin	Rockwall
Bell	Brazoria	Dallas	Smith
Brewster	Chambers	Denton	Tarrant
Burleson	Colorado*	Ellis	Van Zandt*
Burnet	Fort Bend	Grayson	Wise*
Caldwell	Galveston	Henderson	Wood*
Comal	Harris	Hunt	
Concho	Liberty	Johnson	
Dallas	Management	Kaufman	
Denton	Williamson	Miller	
El Paso	Washington*	Parker	
El Paso	Wharton*	Tarrant	



Paso 1: defina su búsqueda

Uno o más de los siguientes se pueden utilizar para definir su búsqueda

Define Your Search

Enter Your Zip Code: *To search by multiple zip codes, insert a comma OR space in between each.*

Tell us Your Preferred Distance: Less than 5 Miles 15 Miles 30 Miles 60 Miles 75 Miles

Search by Practice / Facility Name: Search by Provider Tax ID Number:

Search by Provider Last Name: Search by City Name:

Paso 2: Elija su tipo de proveedor

Seleccione el tipo de proveedor que desea buscar y utilice los menús desplegables para reducir al máximo sus criterios.

Choose Your Provider Type

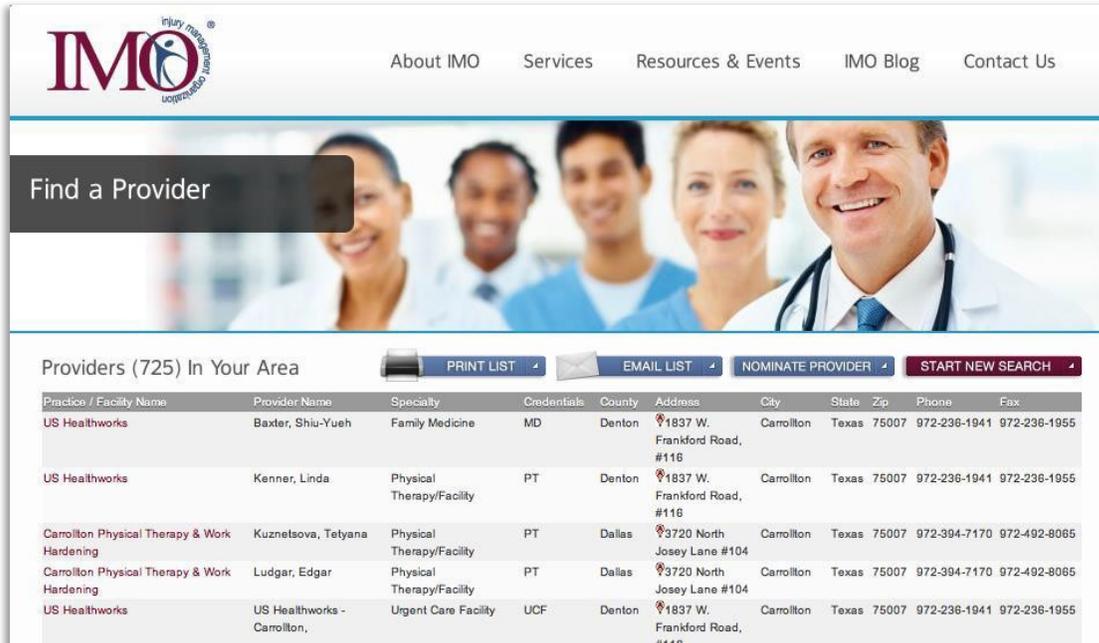
<input checked="" type="radio"/>	Treating Doctors	The IMO Med-Select Network® requires your treating doctor to be a physician chosen from the network directory and who is a licensed Medical Doctor (MD) or Doctor of Osteopathy (DO). Treating doctors' primary service must be one of the following: Family Practice / Family Medicine, General Practice / General Medicine, Occupational Medicine, Internal Medicine or Physical Medicine & Rehabilitation (in El Paso only). <input type="text" value="Select Treating"/>
<input type="radio"/>	Specialists / Facilities	Your treating doctor must be the one to refer you to a specialist. <input type="text" value="Select Specialty"/>
<input type="radio"/>	MMI / IR Physicians	Your treating doctor must be the one to refer you to a Maximum Medical Improvement and / or an Impairment Rating Physician.
<input type="radio"/>	All Providers	Your treating doctor must be the one to refer you to a Maximum Medical Improvement, Impairment Rating Physician or Specialist.

Revise los resultados de la búsqueda.

Después de que se envíen los pasos 1 y 2, verá la información que se muestra a continuación en esta muestra, incluida la opción de imprimir y enviar por correo electrónico la lista, además de las direcciones de mapa de Google si se desea.

Para ver la página "**Provider Details**", haga clic en el "Practice / Facility Name" en rojo que desea ver.

.....



Providers (725) In Your Area

PRINT LIST EMAIL LIST NOMINATE PROVIDER START NEW SEARCH

Practice / Facility Name	Provider Name	Specialty	Credentials	County	Address	City	State	Zip	Phone	Fax
US Healthworks	Baxter, Shiu-Yueh	Family Medicine	MD	Denton	1837 W. Frankford Road, #116	Carrollton	Texas	75007	972-236-1941	972-236-1955
US Healthworks	Kenner, Linda	Physical Therapy/Facility	PT	Denton	1837 W. Frankford Road, #116	Carrollton	Texas	75007	972-236-1941	972-236-1955
Carrollton Physical Therapy & Work Hardening	Kuznetsova, Tetyana	Physical Therapy/Facility	PT	Dallas	3720 North Josey Lane #104	Carrollton	Texas	75007	972-394-7170	972-492-8065
Carrollton Physical Therapy & Work Hardening	Ludgar, Edgar	Physical Therapy/Facility	PT	Dallas	3720 North Josey Lane #104	Carrollton	Texas	75007	972-394-7170	972-492-8065
US Healthworks	US Healthworks - Carrollton,	Urgent Care Facility	UCF	Denton	1837 W. Frankford Road, #116	Carrollton	Texas	75007	972-236-1941	972-236-1955

Para más preguntas, póngase en contacto con la IMO Med-Select Network® en 888.466.6381.