

Manual de Zurich

Resumen del programa Acuerdo de atención administrada

Usamos un Acuerdo de atención administrada (Managed Care Arrangement, MCA) para garantizar que los empleados reciban la atención médica adecuada y oportuna en caso de accidente de trabajo o enfermedad profesional que sufran o se originen en el estado de Florida. Zurich en Norteamérica (“Zurich”) desarrolló un plan MCA que cumple con los requisitos reglamentarios, brinda administración médica y de discapacidades y ofrece una atención y tratamiento de calidad a los trabajadores afectados.

El plan MCA de Zurich incluye los siguientes componentes:

- servicios de la Organización de proveedores preferidos (Preferred Provider Organization, PPO) para la atención médica primaria, remisión a especialistas, segunda opinión en caso de intervención quirúrgica y coordinación de la atención médica;
- instrucciones sobre cómo presentar una queja sobre los servicios MCA recibidos de los empleados y los prestadores de servicios médicos;
- actividades de control de calidad para mantener una atención adecuada y rápida por parte de los prestadores de servicios médicos y del personal administrativo del programa MCA;
- gestión telefónica e in situ de casos por parte de enfermeros experimentados que ayudan a coordinar los servicios de gestión de lesiones y a desarrollar los planes de reincorporación rápida al trabajo;
- servicios de revisión prospectiva, concurrente y retrospectiva de la utilización mediante la revisión de facturas y la evaluación de tratamientos médicos y de enfermería para promover servicios asistenciales adecuados y de calidad, al mismo tiempo que se controlan los gastos de la atención médica y los materiales.

El presente manual proporciona descripciones completas de estos programas, procesos y materiales y las personas de contacto, direcciones y números de teléfono.

Servicios de la red de la Organización de proveedores preferidos (PPO)

Zurich contrató a Coventry Health Care para gestionar los servicios de prestadores de la red del MCA de Florida. Entre ellos están hospitales, médicos, centros quirúrgicos ambulatorios, centros de fisioterapia, quiroprácticos, etc. Consulta la lista de prestadores participantes de tu zona de atención en el tablón PPO de tu puesto de trabajo o llama a Coventry al 800-243-2336.

Glosario de los servicios de los prestadores

Coordinador de atención médica (Medical Care Coordinator, MCC): Es el médico de la red del MCA encargado de administrar y coordinar la atención médica del trabajador asegurado, como los servicios médicos primarios y secundarios y los centros asistenciales a los que se puede remitir a un paciente para su tratamiento. Un MCC será un médico o un osteópata habilitado para ejercer en Florida.

Médico de cabecera (Primary Care Physician, PCP): Salvo en caso de urgencia, un médico de cabecera de la red del MCA es el médico que le presta todos los servicios de atención primaria al paciente. El médico de cabecera puede ser un MCC u otro médico habilitado para ejercer en Florida (médico u osteópata) o profesional médico (quiropráctico, dentista, etc.).

Prestadores de servicios médicos de la red del MCA: Los médicos y profesionales de la salud que trabajan como MCC o PCP deben demostrar haber completado un curso instructivo de al menos cinco horas certificado por la División de Compensación de los Trabajadores de Florida (Florida Division of Workers Compensation), obligatorio conforme a las leyes de Florida. Todos los prestadores de la red del MCA deben satisfacer los requisitos de las normativas de Florida remitiendo los pacientes sólo a otros prestadores de la red, incluyendo los hospitales. El MCC del paciente debe autorizar las remisiones a especialistas o prestadores secundarios. Se debe utilizar el mismo proceso de autorización de remisiones para los servicios de los prestadores fuera de la red si la red del MCA no cuenta con prestadores con la especialidad médica o con las instalaciones específicas requeridas por el paciente.

Los empleadores deben publicar el siguiente aviso por todas las instalaciones o repartirlo a todos los empleados y personal directivo.

Aviso a todos los empleados en caso de accidentes de trabajo o enfermedades profesionales

Zurich en Norteamérica y tu empleador desean garantizar que recibas el tratamiento médico adecuado y oportuno para que te puedas reincorporar rápido al trabajo. Por ello, se implementó un Acuerdo de atención administrada (Managed Care Agreement, MCA) con profesionales médicos locales seleccionados que atenderán los accidentes o enfermedades de trabajo. Según las leyes de compensación a los trabajadores de Florida, la implementación de un programa MCA en el puesto de trabajo exige que recibas atención médica de un médico, hospital u otro profesional de la salud miembro de la red del MCA. Excepto en casos de emergencia, si recibes atención de un médico u otro profesional de la salud o centro de asistencia que no forme parte de la red, es posible que los gastos corran por tu cuenta.

Si sufres un accidente de trabajo, sigue estos tres pasos:

1. Notifica de inmediato la lesión o enfermedad a tu supervisor o jefe.
2. Si crees que necesitas atención médica, ayuda a tu empleador a rellenar el formulario de aviso de lesión (DWC-1).
3. Tu empleador te facilitará la información sobre los prestadores del MCA. Elige uno de los médicos de cabecera de tu ciudad o condado de la lista o llama al **800-243-2336** para que te remitan a un médico de cabecera en tu zona.

Hospitales

Siempre que necesites atención médica de emergencia, no llames primero. Ve de inmediato a la sala de urgencias del centro médico más cercano. En este caso no tiene que ser uno de los hospitales de la lista de tu zona de atención del MCA.

Si recibes atención de urgencia en un centro o prestador de servicios médicos que no forma parte de la red de proveedores del MCA, tú, un familiar o tu médico deben comunicarse con los Servicios de Atención Administrada de Zurich en el **800-451-8731** dentro de las 48 horas siguientes al recibo de la atención médica. Sin embargo, para servicios hospitalarios no urgentes debes ir a uno de los hospitales de la red del MCA.

Remisiones a médicos y a otros profesionales de la salud

Siempre que sea necesario recibir tratamiento médico suplementario por parte de un médico que no sea tu médico de cabecera, tu Coordinador de atención médica (MCC) te remitirá al especialista correspondiente capacitado para brindar el tratamiento adicional necesario. Tu MCC te remitirá siempre a un especialista de la red a menos que el tipo de tratamiento necesario no esté disponible dentro de la red de prestadores del MCA.

Puedes cambiarte a otro médico de la red de prestadores del MCA *una sola vez*. Para ello debes dirigir una solicitud de cambio de médico a tu MCC/Administrador de casos clínicos/Representante de reclamaciones. El MCC/la aseguradora revisará su solicitud y elegirá a otro médico de la red del MCA que pueda brindar el tipo de asistencia médica que necesitas. Si la aseguradora no realiza el cambio de prestador dentro de cinco días al recibo de tu solicitud, puedes elegir el prestador de tu preferencia. Si deseas solicitar otro cambio después del primer cambio de médico, debes llamar a Zurich al 800-835-7169 o presentar un formulario de queja. Consulta el aviso sobre el procedimiento de queja del MCA y el formulario de queja adjunto.

Con la reforma a la Ley de compensación a los trabajadores 10-2003, el empleado afectado pierde el derecho a obtener una segunda opinión médica en la misma especialidad y la misma red durante el transcurso del tratamiento de una lesión laboral. Sin embargo, el empleado afectado sí tiene derecho a obtener un examen médico independiente según se estipula en s.440.13(5). a) En toda disputa con respecto a la utilización excesiva, beneficios médicos, indemnización o discapacidad bajo este apartado, la aseguradora o el empleado pueden seleccionar un examinador médico independiente. El examinador puede ser un prestador médico que atiende o brinda otro tipo de atención al empleado. El examinador médico independiente no puede emitir una opinión fuera de su área de competencia, según lo estipulan las certificaciones y los parámetros de ejercicio profesional correspondientes.

(b) Cada parte está sujeta a su elección de un examinador médico independiente y tiene el derecho a cambiar de examinador sólo si: 1. El examinador no está capacitado para emitir una opinión sobre un aspecto de la enfermedad o lesión del empleado que es materia de la reclamación o solicitud de beneficios; 2. El examinador deja de ejercer en la especialidad relativa a la afección del empleado; 3. El examinador no está disponible por lesión, muerte o reubicación a otra zona geográfica; ó 4. Las partes acuerdan el cambio de examinador. Cualquiera de las partes puede solicitar, o un juez de reclamaciones de compensación puede exigir, la designación de un asesor médico de la división como examinador médico independiente. La opinión de los asesores que se desempeñan como examinadores no deberá gozar de la presunción que se establece en el párrafo (9)(c).

(c) La aseguradora puede, a su elección, comunicarse con el reclamante directamente para programar un plazo razonable para un examen médico independiente. La aseguradora debe confirmar el acuerdo de programación por escrito dentro de cinco días y notificarle al abogado del reclamante, si lo tiene, al menos siete días antes de la fecha de programación del examen médico independiente. Un abogado que represente a un reclamante no está autorizado a programar exámenes médicos independientes bajo este apartado.

(d) Si el empleado no se presenta al examen médico independiente sin tener una buena justificación ni le informa al médico por lo menos 24 horas antes de la fecha programada que no se puede presentar, se le prohíbe recuperar la compensación por todo período durante el que se negó a presentarse a dicho examen. Además, el empleado deberá reembolsar a la aseguradora el 50 por ciento del honorario de cancelación o de no presentación del médico a menos que la aseguradora que organiza el examen no le notifique por escrito en tiempo y forma al empleado de la fecha del examen conforme al párrafo (c) que incluye una explicación del motivo por el cual no se presentó. El empleado puede apelar a un juez de reclamaciones de compensación el reembolso cuando la aseguradora retiene un pago superior a la otorgada por este apartado.

(e) No se admite otra opinión médica que la opinión de un asesor médico designado por el juez de reclamaciones de compensación o de la división, la de un examinador médico independiente o la de un prestador autorizado en los procesos antes los jueces de reclamaciones de compensación.

(f) Las costas de los abogados en las que incurre un empleado afectado en relación con el retraso de un examen médico independiente o su objeción, incluyendo entre otras, peticiones de órdenes de protección judicial, no son recuperables conforme a este apartado.

Las solicitudes iniciales de servicios, como una solicitud de atención médica, una segunda opinión o un cambio de prestador, no se consideran como una queja. 59A-23.006(4)(a), F.A.C.

Los empleados afectados, prestadores médicos y otras partes interesadas pueden presentar quejas sobre los servicios del MCA, de manera *informal* (verbal) o *formal* (escrita). Las quejas *informales* se remitirán al servicio de atención al cliente del MCA. Las quejas *formales* “por escrito” se enviarán al coordinador de quejas de Zurich. Las personas de contacto específicas, números de teléfono y direcciones están disponibles para presentar quejas informales o formales. Todos los números de teléfono de contacto serán gratuitos y trabajarán los cinco días de la semana en horario laboral normal.

Quejas informales

Los representantes del servicio de atención al cliente del MCA son los responsables de recibir las quejas informales, y se pueden contactar en el número gratuito desde los EE.UU. 800-835-7169. Las quejas contienen cuestiones y problemas relativos a la prestación de los servicios del MCA planteadas por empleados, prestadores, empleadores, etc. El área de atención al cliente tiene la autoridad para resolver las quejas informales y remitir las cuestiones más complejas a los directivos para su resolución. El personal del servicio de atención al cliente registrará todas las quejas recibidas y hará un seguimiento telefónico periódico con las partes involucradas. Se investigarán las quejas informales, y se intentará resolverlas dentro de diez (10) días calendario siguientes a su recepción.

Quejas formales

Las quejas formales por escrito deben enviarse al coordinador de quejas del MCA:

Grievance Coordinator
Zurich Services Corporation
P.O Box 968084
Schaumburg, IL 60196, EE.UU.

Sin embargo, una queja no se considera formal mientras Zurich no la reciba por escrito. El coordinador de quejas se pondrá en contacto con la persona que se quejó por teléfono o por escrito para tratar de resolver todas las cuestiones que hayan ocurrido.

El coordinador de quejas tiene autoridad para resolver los problemas y la capacidad para elevar la queja a los directivos de Zurich para la resolución de todos los problemas. Se mantendrá informada a todas las partes involucradas del proceso de resolución de la queja por teléfono y por escrito. Se le comunicará por escrito la decisión final a todas las partes involucradas.

Procedimiento de quejas

Siempre que no estés conforme con los servicios de atención médica de la compensación a los trabajadores brindados por el MCA, tienes derecho a expresar esa opinión de modo *informal* llamando al 800-835-7169 o *formalmente* por escrito a:

Grievance Coordinator
Zurich Services Corporation
P.O. Box 968084
Schaumburg, IL 60196, EE.UU.

Dentro de los siete días calendarios siguientes al recibo de una solicitud se pondrá a disposición de los prestadores, empleados o sus representantes una copia del procedimiento y los formularios de quejas para presentar una queja por escrito.

Si deseas presentar una queja *formal*, completa el formulario de queja adjunto.

Se procesarán todas las quejas formales dentro de 60 días a menos que tú o tu prestador médico y Zurich acuerden mutuamente una prórroga.

Si la queja requiere de la recopilación de información fuera de la zona de atención, se tolerarán 30 días adicionales para procesar la queja. Se le permite más tiempo a una queja mediada conforme a las leyes de Florida, pero este plazo no debe exceder 210 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud escrita para la mediación por parte de un empleado o prestador médico. Se le notificará a la parte demandante por escrito el resultado de la queja dentro de siete (7) días de la determinación final.

Puedes apelar a la División de Compensación a los Trabajadores del Departamento de Trabajo y Seguridad Laboral (Department of Labor and Employment Security, Division of Workers Compensation) al finalizar el procedimiento de queja formal o mientras la queja formal esté en mediación.

Ten en cuenta: Conforme a las leyes de Florida, una queja se considera “formal” sólo si se presentó por escrito. Una notificación verbal se considera como una queja “informal”.

El formulario de queja está disponible en:
www.fdhc.state.fl.us/MCHO/Managed_Health_Care/WCMC. Haz clic en Workers' Compensation Managed Care Arrangements. Ve a forms.

Las copias del formulario necesario para presentar una queja también están disponibles en la misma ubicación que el aviso de compensación necesario conforme a la regla 38F-6.007, F.A.C. (The broken arm poster).

Programa de control de calidad

El tratamiento médico prestado por los profesionales de la salud dentro del MCA estará regido por los siguientes estándares y protocolos de tratamiento:

- Se hará hincapié en la administración de la atención médica para garantizar un tratamiento rápido, adecuado y satisfactorio de las lesiones y enfermedades laborales con el objetivo primordial de una rápida recuperación y reincorporación al trabajo.
- El tratamiento se brindará en forma oportuna sin demoras ni interrupciones indebidas, ceses prematuros o una duración excesiva o prolongada.
- El programa busca la colaboración del empleado y su participación en las decisiones que se toman durante su tratamiento y en la atención médica prestada, así como también, la colaboración del empleador cuando sea necesaria.
- El tratamiento se llevará a cabo conforme a los principios aceptados de la medicina y la aplicación de la tecnología médica y recursos de la salud apropiados y eficaces.
- Se coordinarán la atención y tratamiento médico y de rehabilitación con los objetivos profesionales y de reincorporación al trabajo.

El programa de control de calidad de Zurich cuenta con procedimientos para identificar y resolver cualquier problema de calidad relacionado con los servicios asistenciales prestados a un empleado afectado. El objetivo de Zurich es ofrecerle una atención médica adecuada y de alta calidad a un trabajador afectado. Este programa también cuenta con pasos para garantizar que el paciente recobre la salud y se reincorpore a su ocupación anterior, a un puesto de media jornada o a un cargo con responsabilidades modificadas lo más rápido posible. La metodología del control de calidad de Zurich consta de los siguientes elementos:

- Determinar la efectividad y necesidad de los planes de tratamiento para los pacientes internos y ambulatorios;
- capacitación y programas educativos continuos ofrecidos por el personal directivo de Zurich respectivo, para los enfermeros de revisión de la utilización y de gestión de casos clínicos y el personal asesor médico;
- El uso de normas de tratamiento aceptadas a nivel nacional y regional, como los parámetros de ejercicio sanitario adoptados por la AHCA, que se aplican a los diagnósticos compensables como herramientas para medir la calidad del tratamiento recomendado o prestado por parte de los profesionales de la salud;

Programas de administración de la atención médica

Servicios de gestión de casos clínicos

Enfermeros de gestión de casos clínicos

Los enfermeros de gestión de casos clínicos de Zurich gestionarán los casos clínicos por teléfono y, de ser necesario, in situ. Los enfermeros de gestión de casos asistirán a los MCC en la coordinación de la atención médica y de rehabilitación y en el desarrollo de los planes de reincorporación al trabajo.

Gestión de casos clínicos graves

Para pacientes con enfermedades muy graves y/o con tiempo perdido y períodos de recuperación por discapacidad y rehabilitación prolongados, hay disponibles programas de gestión de casos clínicos graves.

Gestión de la utilización

Revisión de la utilización

Todo tratamiento médico recomendado o dado a un paciente interno o ambulatorio debe ser revisado y autorizado por el programa de revisión de la utilización de Zurich. La revisión retrospectiva también comprenderá una revisión preliminar de la factura del prestador. Los empleados, familiares de empleados o prestadores médicos pueden presentar solicitudes de servicios de revisión de la utilización por escrito, en el número gratuito 1-800-451-8731, o por fax al centro de servicio de atención administrada de Zurich (Zurich Managed Care Service Center).

Los supervisores, gerentes o el personal de recursos humanos deben recibir el cartel adjunto Aviso del MCA para todos los empleados (ver la página 3 de este manual) y las tarjetas de identificación de los empleados como referencia y para su distribución cuando un empleado sufra un accidente.

Información del MCA para los empleadores

Información/ubicación de los prestadores de la red 800-243-2336
Programa de revisión de la utilización 800-451-8731
Programa de revisión de la utilización – fax 866-743-1658
Servicios de gestión de casos clínicos 800-340-8602, Ext. 8684

Ver al dorso la información sobre cómo presentar una queja

Acuerdo de Atención administrada de la Compensación a los Trabajadores de Florida
FORMULARIO DE QUEJA FORMAL

Todos los trabajadores accidentados o profesionales de la salud pueden utilizar este formulario para solicitar una revisión formal debido a su descontento con la atención médica brindada por el Acuerdo de atención administrada de la Compensación a los Trabajadores o en su representación.

Presenta esta queja: Prestador Trabajador afectado o un representante designado: Familiar Abogado Otro
Fecha de la lesión _____

NOMBRE DEL TRABAJADOR AFECTADO/PRESTADOR:

Número de la Seguridad Social: _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono laboral/alternativo: _____

Persona de contacto si no es el trabajador afectado o prestador _____ Teléfono: _____

MÉDICO DE CABECERA/QUE LO ATIENDE:

Dirección: _____

Teléfono laboral: _____

Si el espacio a continuación no es suficiente para exponer en detalle su inquietud o la medida que espera, siga su exposición en otra hoja de papel. Asegúrese de colocar su nombre y número de Seguridad Social en cada página adjunta.

¿Por qué razón presenta esta queja? (Naturaleza del problema):

¿Se presentó anteriormente una queja? SÍ NO Si la respuesta es afirmativa, colocar la fecha de presentación:

¿Qué resolución le gustaría que se tomara?

¿Recibió algún tipo de información con respecto a sus derechos y responsabilidades bajo la Atención administrada de la Compensación a los trabajadores? Sí No

OBJETIVO: El procedimiento de quejas está diseñado para que sea de ejecución inmediata y fácil de usar. Un trabajador afectado puede llamar al coordinador de quejas directamente sin antes rellenar este formulario. Es posible que el coordinador de quejas rellene el formulario por el trabajador afectado. Comenzará de inmediato una revisión sobre la atención médica solicitada, y se tomará una decisión dentro de 44 días siguientes a su recepción a menos que se necesite de más información de fuera de la zona de atención. El período de revisión se puede prolongar por acuerdo mutuo entre el trabajador afectado y el coordinador de quejas, con notificación a todas las otras partes involucradas.

La participación del trabajador afectado en el procedimiento de queja es importante para la resolución de las cuestiones médicas. Es probable que las personas que revisen la queja necesiten hablar directamente con el trabajador afectado y recabar sus comentarios. Si el trabajador afectado no puede participar activamente en el proceso, un representante del paciente puede hacerlo en su nombre.

Exenciones: Los siguientes puntos se excluyen específicamente del procedimiento de queja: Beneficios de indemnización; beneficios vocacionales; MMI y discapacidad permanente; reembolso de kilometraje médico; pagos a prestadores; compensabilidad; y causalidad. Las inquietudes con relación a alguna de las cuestiones enumeradas arriba deben dirigirse al empleador, al perito o a la Oficina de asistencia al empleado de la División de la Compensación de los Trabajadores de Florida en el número +1-800-342-1741.

Si el trabajador afectado, el empleador o la aseguradora están disconformes con la decisión final del comité de quejas, la parte insatisfecha tiene derecho a presentar una solicitud de beneficios a la División de la Compensación de los Trabajadores de Florida .

Cualquier persona que, deliberadamente y con la intención de lesionar, estafar o engañar a cualquier empleado, compañía o programa de seguros presente una reclamación que contenga información falsa o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Formulario rellenado por: _____

Trabajador afectado/Prestador/Otro

Fecha /firma

Firma del coordinador de quejas

Fecha/firma

ENVIAR POR CORREO A:

*Zurich North America Grievance Coordinator
P. O. BOX 968084
Schaumburg, IL 60196, EE.UU.
+1-800-835-7169*

Nombre del abogado del reclamante:

Dirección:

Teléfono:

Fax:

