



TENNESSEE BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION

220 French Landing Dr., 1B
 Nashville, Tennessee 37243-1002
 Sitio web: tn.gov/workerscomp

**AVISO DE DERECHOS A APELACIÓN A UNA NEGACIÓN DE REVISIÓN DE
 USO DE RECURSOS**
(NOTICE OF APPEAL RIGHTS FOR A UTILIZATION REVIEW DENIAL)

1. El tasador debe completar esta página, adjuntarla con las Instrucciones para apelar al informe de revisión de uso de recursos (UR, por sus siglas en inglés) y entregar al empleado y al médico tratante con cada negación.
 2. De no completar este formulario de manera precisa por parte del tasador y entregarlo a tiempo en su totalidad al solicitante puede traer como consecuencia una derivación a sanciones.
1. The adjuster must complete this page, attach it and the Instructions for Appealing to the UR report and provide them to the employee and the treating physician with each denial.
 2. Failure by the adjuster to accurately complete this form and provide it timely and in its entirety to the claimant may result in a penalty referral.

REVISIÓN DE USO DE RECURSOS INICIAL
INITIAL UTILIZATION REVIEW

Agente de UR(UR Agent):	N.º de Registro Estatal de UR(UR State Registration No.):																																						
Fecha del informe de UR(Date of UR Report):	Tratamiento negado(Denied Treatment):																																						
<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">EMPLEADO (EMPLOYEE)</td> <td style="width: 50%; text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">EMPLEADOR (EMPLOYER)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre del empleado(Employee Name):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre de la empresa (Company Name):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">N.º de expediente estatal (State File No.):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Dirección(Address):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Fecha de la lesión(Injury Date):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Ciudad/Estado/Código postal(City/State/Zip):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Número de Seguro Social(SSN):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Teléfono(Phone): Fax (Fax):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Dirección(Address):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Correo electrónico(Email):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">ASEGURADORA(CARRIER)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Teléfono (Phone): Fax (Fax):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre de la aseguradora (Carrier Name):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Correo electrónico (Email):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre del tasador (Adjuster Name):</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">MÉDICO TRATANTE AUTORIZADO (AUTHORIZED TREATING PHYSICIAN)</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Dirección (Address):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre (Name):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Dirección (Address):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Teléfono (Phone): Fax (Fax):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Ciudad/Estado/Código postal:</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Correo electrónico (Email):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Teléfono (Phone): Fax (Fax):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Número de reclamación (Claim No.):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Correo electrónico (Email):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Correo electrónico de unidad de cumplimiento de aseguradora:</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">ABOGADO DEL EMPLEADO (si corresponde) EMPLOYEE ATTORNEY (if applicable)</td> <td style="text-align: center; border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">ABOGADO DEL EMPLEADOR/ASEGURADORA (si corresponde) EMPLOYER/CARRIER ATTORNEY (if applicable)</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre (Name):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Nombre (Name):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Dirección(Address):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Dirección(Address):</td> </tr> <tr> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):</td> <td style="border-bottom: 1px solid black; padding-bottom: 5px;">Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):</td> </tr> </table>		EMPLEADO (EMPLOYEE)	EMPLEADOR (EMPLOYER)	Nombre del empleado(Employee Name):	Nombre de la empresa (Company Name):	N.º de expediente estatal (State File No.):	Dirección(Address):	Fecha de la lesión(Injury Date):	Ciudad/Estado/Código postal(City/State/Zip):	Número de Seguro Social(SSN):	Teléfono(Phone): Fax (Fax):	Dirección(Address):	Correo electrónico(Email):	Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):	ASEGURADORA(CARRIER)	Teléfono (Phone): Fax (Fax):	Nombre de la aseguradora (Carrier Name):	Correo electrónico (Email):	Nombre del tasador (Adjuster Name):	MÉDICO TRATANTE AUTORIZADO (AUTHORIZED TREATING PHYSICIAN)	Dirección (Address):	Nombre (Name):	Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):	Dirección (Address):	Teléfono (Phone): Fax (Fax):	Ciudad/Estado/Código postal:	Correo electrónico (Email):	Teléfono (Phone): Fax (Fax):	Número de reclamación (Claim No.):	Correo electrónico (Email):	Correo electrónico de unidad de cumplimiento de aseguradora:	ABOGADO DEL EMPLEADO (si corresponde) EMPLOYEE ATTORNEY (if applicable)	ABOGADO DEL EMPLEADOR/ASEGURADORA (si corresponde) EMPLOYER/CARRIER ATTORNEY (if applicable)	Nombre (Name):	Nombre (Name):	Dirección(Address):	Dirección(Address):	Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):	Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):
EMPLEADO (EMPLOYEE)	EMPLEADOR (EMPLOYER)																																						
Nombre del empleado(Employee Name):	Nombre de la empresa (Company Name):																																						
N.º de expediente estatal (State File No.):	Dirección(Address):																																						
Fecha de la lesión(Injury Date):	Ciudad/Estado/Código postal(City/State/Zip):																																						
Número de Seguro Social(SSN):	Teléfono(Phone): Fax (Fax):																																						
Dirección(Address):	Correo electrónico(Email):																																						
Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):	ASEGURADORA(CARRIER)																																						
Teléfono (Phone): Fax (Fax):	Nombre de la aseguradora (Carrier Name):																																						
Correo electrónico (Email):	Nombre del tasador (Adjuster Name):																																						
MÉDICO TRATANTE AUTORIZADO (AUTHORIZED TREATING PHYSICIAN)	Dirección (Address):																																						
Nombre (Name):	Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):																																						
Dirección (Address):	Teléfono (Phone): Fax (Fax):																																						
Ciudad/Estado/Código postal:	Correo electrónico (Email):																																						
Teléfono (Phone): Fax (Fax):	Número de reclamación (Claim No.):																																						
Correo electrónico (Email):	Correo electrónico de unidad de cumplimiento de aseguradora:																																						
ABOGADO DEL EMPLEADO (si corresponde) EMPLOYEE ATTORNEY (if applicable)	ABOGADO DEL EMPLEADOR/ASEGURADORA (si corresponde) EMPLOYER/CARRIER ATTORNEY (if applicable)																																						
Nombre (Name):	Nombre (Name):																																						
Dirección(Address):	Dirección(Address):																																						
Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):	Ciudad/Estado/Código postal (City/State/Zip):																																						

Teléfono (Phone): _____ Fax (Fax): _____
Correo electrónico (Email): _____

Teléfono (Phone): _____ Fax (Fax): _____
Correo electrónico (Email): _____

Nombre en letra de imprenta del solicitante: _____
(Printed Name of Person Submitting Request)

Los empleados que desean apelar la negación de tratamiento deben presentar este formulario completado, una copia del informe de UR y todos los expedientes médicos relevantes a la Agencia por fax al: (615) 253-5265, por correo electrónico a: UR.appeals@tn.gov, o enviar por correo a: Tennessee Bureau of Workers' Compensation, Attn: Medical Director, 220 French Landing Dr., 1B Nashville, TN 37243-1002. No proporcionar toda la información solicitada en este formulario causará retrasos en su procesamiento.

Employees who desire to appeal the denial of treatment must submit this completed form, a copy of the UR Report and all relevant medical records to the Bureau by fax: (615) 253-5265, email: UR.appeals@tn.gov, or mail to: Tennessee Bureau of Workers' Compensation, Attn: Medical Director, 220 French Landing Dr., 1B Nashville, TN 37243-1002. Failing to provide all the information requested on this form will cause a delay in processing.



TENNESSEE BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION

220 French Landing Dr., 1B
Nashville, Tennessee 37243-1002
Sitio web: www.tn.gov/workerscomp

**AVISO DE DERECHOS A APELACIÓN A UNA NEGACIÓN DE REVISIÓN DE
USO DE RECURSOS**
(NOTICE OF APPEAL RIGHTS FOR A UTILIZATION REVIEW DENIAL)

Instrucciones para apelar
(Instructions for Appealing)

Los empleados tienen derecho a apelar toda negación de tratamiento médico recomendado. Si no está de acuerdo con la negación de su tratamiento médico recomendado por el Funcionario de Revisión de Uso de Recursos, entonces usted como empleado, su abogado o su médico tratante pueden solicitar a la Agencia de Compensación al Trabajador que revisen los datos de su caso y se emita una decisión. La revisión se hará sin costo alguno para usted.

Employees have the right to appeal the denial of recommended medical treatment. If you disagree with the denial of your recommended medical treatment by the Utilization Review Agent, then you as an employee, your attorney or your treating physician can request the Bureau of Workers' Compensation to review the facts of your case and to issue a decision. The review will be performed at no cost to you.

Para solicitar dicha revisión, usted debe:
To request such a review, you must:

1. Imprimir su nombre e información de contacto en el FORMULARIO C-35A aquí adjunto y presentar el formulario completado de "Aviso de Derechos a Apelación a una Negación de Revisión de Uso de Recursos" (aquí adjunto);
Print your name and contact information on the attached FORM C-35A and submit the completed form "Notice of Appeal Rights for a Utilization Review Denial"; (Here Attached.)
2. Proporcionar una copia de la Decisión de Revisión de Uso de Recursos y el informe de Revisión de pares;
Provide a copy of the Utilization Review Decision and Peer Reviewer's Report;
3. Proporcionar una copia de todos los expedientes médicos de los últimos doce (12) meses pertinentes a la lesión de compensación laboral, incluidas citas médicas, informes de diagnósticos, notas quirúrgicas, notas de fisioterapia, y hospitalizaciones;
Provide a copy of all medical records over the past twelve (12) months pertaining to the workers' compensation injury, including office visits, diagnostic reports, operative notes, physical therapy notes, and hospital visits;
4. Proporcionar una copia de toda autorización médica que haya firmado para el médico tratante autorizado o el formulario firmado de Renuncia y Autorización Médica disponible en el sitio Web de

la Agencia; y

Provide a copy of any medical release that you have signed for the authorized treating physician or a signed "Medical Waiver and Consent," available on the Bureau's website; and,

5. Presentar todo lo anterior en un plazo de treinta (30) días calendarios luego de haber recibido la Negación del Informe de Revisión del Uso de Recursos a la Agencia de Compensación al Trabajador de Tennessee. Puede presentar estos documentos:

Submit all of the above within thirty (30) calendar days of receiving your Utilization Review Report Denial to the Tennessee Bureau of Workers' Compensation. You may submit them:

- a. Por fax al (by fax to) 615) 253-5265;
- b. Por correo electrónico a (by email to) UR.appeals@tn.gov; o,
- c. Por correo a (by mail to) Tennessee Bureau of Workers' Compensation
ATTN: Medical Director
220 French Landing Drive., 1B
Nashville, TN 37243-1002

Si la Agencia de Compensación al Trabajador de Tennessee no recibe el FORMULARIO C-35A completado y los documentos solicitados en el inciso 2 aquí arriba en el plazo de los treinta (30) días calendarios podría perder su derecho a apelar.

If the completed FORM C-35A and requested documents from line 2 above are not received by the Bureau of Workers' Compensation within the thirty (30) calendar days you may lose your right to appeal.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-332-2667 o al 615-741-4361.

If you have any questions or need assistance in completing this form, call 1-800-332-2667 or 615-741-4361.