

Apéndice B: Glosario



Este glosario explica brevemente muchos términos que se usan comúnmente en la compensación de trabajadores. Estas no son definiciones legales completas.

Abogado del solicitante: abogado que representa a trabajadores lesionados en sus casos de compensación de los trabajadores. El “solicitante” es el trabajador lesionado.

ACOEM (American College of Occupational and Environmental Medicine): Colegio Estadounidense de Medicina Ocupacional y del Medio Ambiente. Partes de las pautas publicadas por el ACOEM, llamadas “Pautas de la Práctica de la Medicina Ocupacional” (“Occupational Medicine Practice Guidelines”) están incorporadas en el Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos adoptado por la División de Compensación de los Trabajadores.

Acuerdo: acuerdo entre un trabajador lesionado y el administrador de reclamos con respecto a los pagos de compensación de los trabajadores y a la atención médica que se proporcionará al trabajador en el futuro. Un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores debe revisar los acuerdos para determinar si son apropiados para compensar al trabajador lesionado.

Acuerdo establecido (carve-out): alternativa a los procedimientos de resolución de disputas en el sistema de compensación de los trabajadores de California. Los acuerdos establecidos solo se pueden crear a través de contratos colectivos entre los sindicatos y los empleadores.

Acuerdo y cesión (Compromise and Release, C&R): tipo de acuerdo en el que el trabajador lesionado recibe un pago único y se hace responsable de pagar su atención médica futura por la lesión.

Administrador de reclamos: persona que se encarga de los reclamos de compensación de los trabajadores de parte de los empleadores. La mayoría de los administradores de reclamos trabajan para compañías de seguro u otras organizaciones que se encargan de los reclamos de parte de los empleadores. Algunos administradores de reclamos trabajan directamente para grandes empleadores que se encargan de sus propios reclamos. A esta persona también se le llama “examinador de reclamos” o “ajustador de reclamos”.

Ajustador de reclamos: vea el término “administrador de reclamos”.

AMA (American Medical Association): Asociación Médica Estadounidense. Para los trabajadores cuyas incapacidades permanentes requieren clasificaciones usando la tasa de clasificación del año 2005, el médico tratante debe clasificar el impedimento del trabajador usando las pautas publicadas por la AMA, llamadas “Pautas para la Evaluación de Impedimentos Permanentes” (“Guidelines to the Evaluation of Permanent Impairment”).

AOE/COE (“Arising out of and in the course of employment”): “Que surge de y que ocurre durante el empleo”, o que su causa es el trabajo de una persona y que ocurre mientras trabaja. Una lesión o una enfermedad debe ser AOE/COE para obtener la cobertura de compensación de los trabajadores.

Apelar: estar en desacuerdo con algo, hacer una objeción o presentar una disputa.

Atención médica: vea el término “tratamiento médico”.

Audiencia: proceso o evento legal en el que un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores realiza una reunión para tratar temas o recibir información de varias personas para tomar una decisión acerca de una disputa o de un acuerdo propuesto.

Aviso de Oferta de Trabajo Regular (DWC-AD 10118): si el trabajador se lesionó entre el año 2005 y el año 2012, el empleador o el administrador de reclamos envía ese formulario al trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador tiene 50 empleados o más y esta oferta se realiza dentro de un plazo de 60 días desde que la condición del trabajador se vuelve permanente y estacionaria (P&S), los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen 15 %. De lo contrario, estos pagos se incrementan 15 %.

Aviso de oferta de trabajo modificado o alternativo (DWC-AD 10133.53): si el trabajador se lesionó entre el año 2004 y el año 2012, el empleador o el administrador de reclamos envía este formulario al trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de un plazo de 30 días desde que se realiza el último pago incapacidad temporal (TD), el administrador de reclamos no está obligado a proporcionar una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB). Si el trabajador se lesionó entre el año 2005 y el año 2012, el empleador tiene 50 empleados o más y esta oferta se realiza dentro de un plazo de 60 días desde que la condición del trabajador se vuelve permanente y estacionaria (P&S), los pagos por incapacidad permanente (PD) se reducen 15 %. De lo contrario, estos pagos se incrementan 15 %.

Aviso de Oferta de Trabajo Regular, Modificado o Alternativo (DWC-AD 10133.35): si el trabajador se lesionó a partir del año 2013, el empleador o el administrador de reclamos envía ese formulario al trabajador lesionado con una incapacidad permanente. Si el empleador hace esta oferta dentro de los 60 días posteriores a la fecha en que el administrador de reclamos se entera de que el trabajador presenta una incapacidad parcial permanente (PPD) que se ha vuelto permanente y estacionaria (P&S), el administrador de reclamos no está obligado a proporcionar una prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB).

Cal/OSHA: la División de Seguridad y Salud Ocupacional de California (California Occupational Safety and Health Administration, Cal/OSHA) es una agencia estatal que inspecciona lugares de trabajo y administra leyes que protegen la salud y la seguridad de los trabajadores en California.

Carta de retraso: carta que le envía el administrador de reclamos al trabajador lesionado en la que le explica la razón del retraso de los pagos, qué información se requiere antes de enviarlos y cuándo se tomará una decisión con respecto a ellos.

Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos (Medical Treatment Utilization Schedule, MTUS): pautas y marco analítico adoptados por la División de Compensación de los Trabajadores de California, que se basan en evidencia científica y estándares de atención médica reconocidos en el país, y que describen el grado y el alcance apropiado del tratamiento que comúnmente se realiza en casos de compensación de los trabajadores.

Clasificación: vea el término “clasificación de la incapacidad permanente”.

Clasificación de discapacidad: vea el término “clasificación de la incapacidad permanente”.

Clasificación de la incapacidad: porcentaje que calcula qué tanto un trabajador ha perdido del uso normal de las partes lesionadas del cuerpo. La clasificación de incapacidad se basa en las pautas que publica la Asociación Médica Estadounidense (AMA). Esta clasificación es diferente a la “clasificación de la incapacidad permanente”.

Clasificador de incapacidades: empleado de la División de Compensación de los Trabajadores que clasifica la incapacidad permanente de los trabajadores lesionados después de revisar informes médicos o informes médico-legales que describen las condiciones del trabajador. También se le llama “evaluador de incapacidades”.

Clasificación de la incapacidad permanente (PD): porcentaje que calcula qué tanto una lesión laboral limita permanentemente los trabajos que puede realizar una persona. Esta clasificación se basa en la condición médica del trabajador, en la fecha de la lesión, en la edad y en la ocupación a la fecha de la lesión, así como en el prorrateo (el porcentaje de la incapacidad que es producto al trabajo, en comparación con el porcentaje que es producto de otros factores).

Comisión de Salud, Seguridad y Compensación del Trabajador (Commission on Health and Safety and Workers’ Compensation, CHSWC): organismo designado por el estado que está formado por cuatro representantes sindicales y cuatro representantes patronales que patrocina y realiza estudios permanentes y hace recomendaciones para mejorar tanto el sistema de compensación de los trabajadores de California como las actividades estatales para prevenir lesiones laborales.

Descripción de las tareas laborales del empleado (Formulario DWC-AD 10133.33): formulario que llenan en conjunto el trabajador lesionado y el empleador o el administrador de reclamos para ayudar al médico que atiende al trabajador a determinar si este puede regresar al trabajo y a sus condiciones laborales habituales. La información del formulario también ayuda al médico a especificar las restricciones laborales que corresponden.

Designación previa: proceso en el que un trabajador le comunica a su empleador, por escrito y antes de lesionarse en el trabajo, el nombre y la dirección de su médico personal que lo atenderá en caso de sufrir una lesión laboral. Este médico debe ser el médico de atención primaria del trabajador y debe aceptar la designación previa. Un trabajador también puede designar previamente un grupo médico. Si un trabajador hace la designación previa, puede ser atendido por su médico personal, en lugar de un médico que elija el empleador o el administrador de reclamos, inmediatamente después de sufrir la lesión. El trabajador solo puede hacer la designación previa si, a la fecha de la lesión, tenía una cobertura para condiciones médicas que no se relacionan con el trabajo. Vea también el término “médico personal”.

Disputa: desacuerdo con respecto al derecho del trabajador a recibir pagos, servicios u otras prestaciones.

División de Compensación de los Trabajadores (Division of Workers’ Compensation, DWC): agencia estatal que administra las leyes sobre compensación de los trabajadores, resuelve disputas y proporciona información y asistencia a trabajadores lesionados y a otros individuos acerca del sistema de compensación de los trabajadores de California.

Estipulaciones con pedido de adjudicación: tipo de acuerdo en el que el administrador de reclamos suele acceder a continuar pagando la atención médica que se necesita para una lesión.

Evaluador médico acordado (Agreed Medical Evaluator, AME): médico que eligen el abogado del trabajador lesionado y el administrador de reclamos para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa.

Evaluador médico calificado (Qualified Medical Evaluator, QME): médico que elige el trabajador lesionado, el abogado del trabajador lesionado o el administrador de reclamos, de una lista que proporciona la División de Compensación de los Trabajadores, para realizar un examen médico y preparar un informe médico-legal para ayudar a resolver una disputa. Los QME están certificados por la División de Compensación de los Trabajadores.

Examinador de reclamos: vea el término “administrador de reclamos”.

Factores objetivos: mediciones, observaciones directas y resultados de exámenes en los que el médico que atiende al trabajador, un QME o un AME describe qué factor contribuye a la incapacidad permanente de un trabajador lesionado.

Factores subjetivos: dolor y otros síntomas del trabajador lesionado que no pueden medirse ni observarse directamente y que, según el médico, contribuyen a la incapacidad permanente del trabajador.

Fallo y adjudicación (Findings and Award): decisión por escrito que dicta un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores con respecto al caso de un trabajador lesionado, lo que incluye los pagos y la atención médica que se le deben proporcionar en el futuro.

Fecha de la lesión: si la lesión fue causada por un incidente único (una lesión específica), esta será la fecha del incidente. Si la lesión se produjo como consecuencia de exposiciones repetidas (una lesión acumulativa), la fecha será cuando el trabajador se entere de que la lesión se produjo por el trabajo.

Fondo Fiduciario de Prestaciones de Empleadores sin Seguro (Uninsured Employers Benefit Trust Fund, UEBTF): posible fuente de prestaciones de compensación de los trabajadores para un trabajador lesionado cuyo empleador incumple la ley de California al no tener un seguro. La División de Compensación de los Trabajadores estatal administra estas prestaciones.

Formulario de reclamo (DWC-AD 10118): formulario que usa un trabajador para solicitar por escrito prestaciones de compensación de los trabajadores.

Formulario del vale intransferible por prestaciones complementarias por la pérdida del trabajo (Supplemental Job Displacement Non-Transferable Voucher Form) (DWC-AD 10133.32 o DWC-AD 10133.57): formulario que usa el administrador de reclamos para proporcionarle una prestación complementaria por la pérdida del trabajo, o vale, a un trabajador lesionado con una incapacidad permanente. El formulario DWC-AD 10133.32 se usa en el caso de los trabajadores que sufrieron una lesión a partir del año 2013. El formulario DWC-AD 10133.57 se usa en el caso de los trabajadores que sufrieron una lesión entre los años 2004 y 2012.

Funcionario de Información y Asistencia (Information & Assistance, I&A): empleado de la División de Compensación de los Trabajadores que responde preguntas, ayuda a trabajadores lesionados, proporciona materiales impresos, dicta talleres informativos y realiza reuniones para resolver problemas de reclamos de manera informal. La mayoría de sus servicios están diseñados para ayudar a los trabajadores que no tienen abogado.

Informe de condición P&S: informe médico que redacta el médico que atiende al trabajador lesionado en el que detalla la condición médica de este una vez que está estable. Vea también el término “permanente y estacionaria”.

Informe médico-legal: informe que redacta un médico para ayudar a esclarecer uno o más temas médicos en disputa con respecto a la condición médica o a la lesión de un trabajador.

Juez: vea el término “juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores”.

Junta de Apelaciones: grupo de siete comisionados que revisan y reconsideran las decisiones de los jueces de leyes de administración de compensación de los trabajadores.

Junta de Apelaciones de Compensación de los Trabajadores (Workers’ Compensation Appeals Board, WCAB): Junta de Apelaciones y los jueces de leyes de administración de compensación de los trabajadores.

Lesión acumulativa: lesión causada por incidentes repetidos o por exposiciones repetidas en el trabajo. Por ejemplo: lastimarse la muñeca por repetir constantemente el mismo movimiento o perder la capacidad auditiva por ruidos fuertes y constantes.

Lesión específica: lesión que es producto de un incidente laboral. Ejemplos: lastimarse la espalda al caer, quemarse la piel con un producto químico o lesionarse en un accidente automovilístico al hacer entregas.

Ley de Ausencia Familiar y Médica (Family and Medical Leave Act, FMLA): ley federal administrada por el Departamento de Trabajo de los EE. UU. que obliga a la mayoría de los empleadores que tienen al menos 50 empleados a otorgar permisos laborales protegidos a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesitan cuidar a un hijo o a otro familiar.

Ley de Derechos Familiares de California (California Family Rights Act, CFRA): ley estatal administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California que obliga a la mayoría de los empleadores que tienen al menos 50 empleados a otorgar permisos laborales protegidos a los trabajadores con problemas graves de salud o que necesitan cuidar a un hijo o a otro familiar.

Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act, FEHA): ley estatal, administrada por el Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda de California, la cual prohíbe la discriminación contra personas con incapacidades. En algunas áreas, las disposiciones de la FEHA ofrecen más protección que la Ley Federal sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA).

Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA): ley federal que prohíbe la discriminación contra las personas con incapacidad. La Comisión de Igualdad de Oportunidades en el Empleo (EEOC) de los EE. UU. administra las estipulaciones de empleo de la ADA.

Médico: médico, osteopático, psicólogo, acupuntor, optometrista, dentista, podólogo o quiropráctico licenciados en California. Vea la definición de “médico personal”.

Médico personal: profesional de la medicina licenciado en California con un título MD (médico) o DO (osteopático), que atendió al trabajador lesionado en el pasado y que conoce su expediente médico. El médico debe ser médico general, internista, pediatra o ginecólogo obstetra que sea el médico de atención primaria del trabajador. La definición de “médico personal” puede incluir un grupo médico que presta servicios integrales para tratar, en su mayoría, condiciones médicas que no se relacionan con el trabajo.

Médico tratante de atención primaria (Primary Treating Physician, PTP): médico responsable de dirigir la atención médica del trabajador lesionado y de redactar los informes médicos que podrán tener una repercusión sobre las prestaciones del trabajador.

Médico tratante: médico tratante de atención primaria (PTP) de un trabajador lesionado u otro médico que lo atiende, cuyas recomendaciones se incorporan en los informes médicos del PTP.

Mejora médica máxima (Maximal Medical Improvement, MMI): vea el término “permanente y estacionario (P&S)”.

Multa: multa que se cobra a un empleador o a un administrador de reclamos y que se paga al trabajador lesionado. Puede referirse a una multa automática de 10 % por un retraso en un solo pago, o a una multa de 25 % (y hasta \$10,000) por un retraso injustificado.

Organización de atención médica (Health Care Organization, HCO): organización certificada por la División de Compensación de los Trabajadores que trabaja con un empleador o con una compañía de seguros para ofrecer atención médica controlada dentro del sistema de compensación de los trabajadores de California.

Permanente y estacionaria (Permanent and Stationary, P&S): cuando un médico informa que la condición del trabajador lesionado se ha estabilizado o que no se prevé que mejore ni empeore. Para los empleados cuya incapacidad permanente debe clasificarse con la “Tasa de clasificaciones de incapacidades de 2005”, esta condición se presenta cuando el trabajador alcanza la mejora médica máxima (MMI). Vea también el término “informe de condición P&S”.

Presentación: enviar o entregar un documento a un empleador o a una agencia gubernamental como parte de un proceso legal. La fecha de presentación de un documento corresponde a la fecha en que se recibe el documento.

Prestación complementaria por la pérdida del trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit, SJDDB): prestación de compensación de los trabajadores para trabajadores que sufrieron una lesión a partir del año 2004 y que tienen una incapacidad parcial permanente (PPD) que le impida al trabajador realizar su antiguo trabajo y cuyo empleador no le ofrece otro trabajo. Es un vale que ayuda a pagar por recibir una reorientación profesional o para mejorar la capacitación del trabajador, o ambos. También se le llama “vale”.

Prestaciones del Seguro de Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability Insurance, SSDI) y del Seguro de Ingreso Complementario (Supplemental Security Income, SSI): ayuda financiera para personas con incapacidades. La Administración del Seguro Social de los EE. UU. administra estas prestaciones. Pueden disminuir debido a los pagos de compensación de los trabajadores que recibe el trabajador lesionado.

Prestaciones por defunción: pagos al cónyuge, a los hijos o a otros dependientes de un trabajador que fallece debido a una lesión o una enfermedad laboral.

Prestaciones por incapacidad permanente (Permanent Disability, PD): pagos que se hacen a un trabajador cuya lesión laboral limita permanentemente los tipos de trabajos que puede hacer la persona. Las prestaciones por incapacidad parcial permanente (Permanent Partial Disability, PDD) son pagos que se hacen a un trabajador que tiene una condición que limita parcialmente los tipos de trabajos que puede hacer. Las prestaciones por incapacidad total permanente (Permanent Total Disability, PTD) son pagos que se hacen a un trabajador que se considera que tiene una condición que no le permite permanentemente realizar ningún tipo de trabajo.

Prestaciones por incapacidad temporal (Temporary Disability, TD): pagos a un trabajador lesionado que pierde salarios durante su recuperación, puesto que su lesión no le permite hacer su trabajo habitual. Las prestaciones por incapacidad parcial temporal (Temporary Partial Disability, TPD) son pagos que se hacen a un trabajador que puede hacer algún tipo de trabajo mientras se recupera, pero que recibe un salario inferior al que recibía antes de sufrir la lesión. Las prestaciones por incapacidad total temporal (Temporary Total Disability, TTD) son pagos que se hacen a un trabajador incapaz de trabajar mientras se recupera.

Programa adicional de regreso al trabajo: prestación adicional para los trabajadores lesionados, a partir del 2013, que recibieron un vale de prestación complementaria por la pérdida del trabajo (SJDB) y quienes han perdido ingresos de forma desproporcionada.

Programa de Prevención de Lesiones y Enfermedades (Injury and Illness Prevention Program, IIPP): programa de salud y seguridad que los empleadores deben desarrollar e implementar. La Cal/OSHA hace cumplir este requisito.

Prorrato (apportionment): forma de calcular el porcentaje de la incapacidad permanente de un trabajador lesionado que es producto de su empleo en comparación con el porcentaje que es producto de otros factores.

Reclamo aceptado: reclamo de compensación de los trabajadores donde el administrador de reclamos acepta que el seguro de compensación de los trabajadores cubre la lesión o la enfermedad. Aunque se acepte el reclamo, puede haber retrasos u otros problemas. También se le llama “reclamo admitido”.

Reclamo negado: reclamo de compensación de los trabajadores en el que el administrador de reclamos considera que la compensación de los trabajadores no cubre la lesión o la enfermedad del trabajador y le comunica su decisión a este.

Reconsideración: proceso legal para apelar una decisión de un juez de leyes de administración de compensación de los trabajadores.

Reconsideración de una clasificación sumaria: proceso para determinar si hubo errores al determinar la clasificación de la incapacidad permanente de un trabajador lesionado que no tiene abogado.

Red de proveedores médicos (Medical Provider Network, MPN): conjunto de médicos y otros proveedores de atención médica que el empleador o la compañía de seguros elige para atender a trabajadores lesionados en el sistema de compensación de los trabajadores de California. Las MPN deben tener la aprobación de la División de Compensación de los Trabajadores.

Restricciones: vea el término “restricciones laborales”.

Restricciones laborales: descripción de un médico que establece límites claros y específicos para las tareas laborales que puede realizar un trabajador lesionado. Generalmente está diseñada para proteger al trabajador de sufrir otras lesiones.

Revisión de utilización (Utilization Review, UR): proceso que usa el administrador de reclamos para decidir si debe autorizar y pagar el tratamiento recomendado por el médico que atiende al trabajador lesionado o por otro médico.

Revisión Médica Independiente (Independent Medical Review, IMR): este término hace referencia a dos procesos diferentes:

- Revisión independiente de una decisión que un administrador de reclamos comunica para negar o modificar el tratamiento recomendado por un médico que atiende a un trabajador. Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si la fecha de la lesión ocurrió a partir del 1 de enero de 2013, si el administrador de reclamos comunicó la decisión de negar el tratamiento a partir del 1 de julio de 2013.
- Revisión independiente de una decisión de tratamiento que toma el médico tratante de la red de proveedores médicos (MPN). Un trabajador lesionado puede solicitar este tipo de IMR si recibe tratamiento con una MPN y obtiene opiniones de otros dos médicos de la MPN.

Salario semanal promedio del estado (State Average Weekly Wage, SAWW): el salario semanal promedio se paga a los empleados de California que tuvieron una cobertura de seguro por desempleo, según los informes del Departamento de Trabajo de los EE. UU del año anterior.

Artículo 132a del Código Laboral de California: ley estatal que prohíbe la discriminación contra trabajadores que han sufrido una lesión laboral o que han presentado un reclamo de compensación de los trabajadores. Esta ley también prohíbe discriminar a compañeros de trabajo que declaran en el caso de un trabajador lesionado.

Seguro Estatal por Incapacidad (State Disability Insurance, SDI): ayuda financiera a corto plazo para trabajadores de California con incapacidades. Los trabajadores con lesiones laborales pueden solicitar las prestaciones del SDI cuando los pagos de compensación de los trabajadores se retrasan o se niegan. El Departamento del Desarrollo del Empleo del estado (EDD) administra estas prestaciones.

Tasa de clasificación de incapacidades permanentes (Schedule for Rating Permanent Disabilities): publicación estatal que contiene información detallada que se usa para clasificar las incapacidades permanentes. Hay tres tasas de clasificación. Vea el capítulo 7.

Trabajo alternativo: si el médico que atiende a un trabajador lesionado informa que este no se recuperará por completo ni podrá regresar al trabajo o a las condiciones laborales que tenía antes de sufrir la lesión, el empleador puede ofrecerle trabajo alternativo en lugar de una prestación complementaria por la pérdida del trabajo. Se trata de un trabajo diferente al antiguo puesto del empleado. El trabajo debe incorporar las restricciones laborales del empleado, pagar al menos 85 % del salario y las prestaciones que se pagaban antes de sufrir la lesión, durar al menos 12 meses y ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

Trabajo modificado: si el médico que atiende al trabajador lesionado informa que este no se recuperará por completo ni podrá regresar al trabajo o a las condiciones laborales que tenía antes de sufrir la lesión, el empleador puede ofrecerle trabajo modificado en lugar de una prestación complementaria por la pérdida del trabajo. Se trata del cargo anterior del trabajador con cambios que incorporan las restricciones laborales impuestas por el médico, debe pagar al menos 85 % del salario y de las prestaciones que el trabajador recibía antes de lesionarse, durar al menos 12 meses y ubicarse a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

Trabajo regular: trabajo anterior de un trabajador lesionado, con el mismo salario y prestaciones que tenía antes de lesionarse y ubicado a una distancia razonable del lugar donde vivía al momento de sufrir la lesión.

Tratamiento médico: una prestación de compensación de los trabajadores que se ofrece al trabajador lesionado y que es “razonablemente necesaria para curar o aliviar los efectos de la lesión”. También se le llama “atención médica”.

Unidad médica: una unidad de la División de Compensación de los Trabajadores que supervisa los planes de revisión de utilización (UR), la revisión médica independiente (IMR) de decisiones que niegan el tratamiento recomendado por el médico que atiende a un trabajador, las redes de proveedores médicos (MPN), la revisión médica independiente (IMR) de las decisiones sobre tratamientos que toman los médicos del MPN, las organizaciones de atención médica (HCO) y los evaluadores médicos calificados (QME).

Vale: vea el término “prestación complementaria por la pérdida del trabajo”.