

justice

Generated by: Legal AI Assistant

April 26, 2026

Quiropráctico PTP Informe de Investigación Jurídica sobre el Estatus de Médico Tratante Principal para Quiroprácticos en el Sistema de Compensación Laboral de California (PARTE A: ANÁLISIS PARA TRABAJADORES LESIONADOS)

28 de febrero de 2026 La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por Inteligencia Artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse como un sustituto del consejo de un abogado calificado. Las leyes y los resultados jurídicos varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

© 2026 The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Generado por un Asistente Legal de IA. Facilitado por The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Todos los derechos reservados.

COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA: ¿PUEDE UN QUIROPRÁCTICO SERVIR COMO SU MÉDICO TRATANTE PRINCIPAL? La ley de California permite que los quiroprácticos actúen como su médico tratante principal (PTP, por sus siglas en inglés)-el médico principal que administra su atención después de una lesión laboral. Sin embargo, existen límites estrictos sobre cuánto tiempo un quiropráctico puede desempeñar este rol. La regla más importante es el límite de 24 visitas: después de que reciba 24 visitas quiroprácticas por una sola lesión laboral, su quiropráctico ya no puede servir como su PTP a menos que su empleador otorgue permiso por escrito para visitas adicionales. Este informe explica estas reglas, sus derechos y los pasos que debe tomar.

Parte 1: Las Normas Legales que Controlan el Tratamiento Quiropráctico en la Compensación Laboral

Lo que Dice la Ley sobre Su Derecho a la Atención Quiropráctica

La ley de California exige que su empleador pague el tratamiento médico que usted necesite debido a una lesión laboral. Esto incluye la atención quiropráctica. El Cal. Lab. Code § 4600(a) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division4/4600-4614.1/4600/>) establece que los empleadores deben proporcionar "tratamiento médico, quirúrgico, quiropráctico, de acupuntura y hospitalario... que sea razonablemente necesario para curar o aliviar al trabajador lesionado de los efectos de su lesión". Esto significa que el tratamiento quiropráctico tiene el mismo estatus legal que el tratamiento brindado por un médico (MD) o un doctor en osteopatía (DO) en lo referente a la obligación de pago de su empleador.

El Límite de 24 Visitas: La Regla Más Importante

Para cualquier lesión laboral ocurrida el 1 de enero de 2004 o posteriormente, usted está limitado a 24 visitas quiroprácticas por lesión a menos que su empleador autorice más visitas por escrito. Esta norma proviene del Cal. Lab. Code § 4604.5(c)(1) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4604.5/>). La misma ley crea límites separados de 24 visitas para terapia ocupacional (terapia que le ayuda a realizar tareas diarias y actividades laborales) y terapia física. Estos límites se cuentan por separado, por lo que usted podría recibir hasta 24 visitas de cada tipo.

Importante: Cada visita a la oficina del quiropráctico cuenta para el límite de 24 visitas-incluso si el quiropráctico solo lo evalúa y no realiza una manipulación o ajuste. La regulación en 8 Cal. Code Regs. §

9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>) define una "visita quiropráctica" como "cualquier visita a la oficina quiropráctica, independientemente de que los servicios prestados involucren manipulación quiropráctica o se limiten a evaluación y manejo".

Tres Excepciones al Límite de 24 Visitas

La ley contempla tres situaciones en las que no se aplica el límite de 24 visitas:

Lesiones anteriores al 1 de enero de 2004. Si su lesión laboral ocurrió antes de esta fecha, el límite no le aplica.

Autorización escrita del empleador. Si su empleador (o el administrador de reclamaciones-la compañía de seguros o la persona que gestiona su reclamación de compensación laboral) le otorga permiso por escrito para visitas adicionales, usted puede continuar con el tratamiento. Véase Cal. Lab. Code § 4604.5(c)(2)(A) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4604.5/>).

Rehabilitación postquirúrgica. Si usted tuvo una cirugía y su cirujano prescribe rehabilitación quiropráctica posterior, esas visitas no cuentan para el límite de 24 visitas. Esta excepción sigue las pautas del 8 Cal. Code Regs. § 9792.24.3 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9792243.html>), que especifica el número de visitas y el plazo permitido para cada tipo de cirugía.

Nota: Si su empleador autoriza visitas adicionales para una ronda de tratamiento, eso no significa que se haya eximido el límite de 24 visitas para futuras solicitudes de tratamiento. Cada autorización es independiente.

Lo que Sucede en la Visita 24: Su Quiropráctico Pierde el Estatus de PTP

Una vez que usted alcance 24 visitas quiroprácticas sin autorización escrita para más, su quiropráctico pierde automáticamente la autoridad legal para ser su PTP. Esta regla se encuentra en 8 Cal. Code Regs. § 9785(a)(1) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>), que establece: "un quiropráctico no podrá ser médico tratante principal después de que el empleado haya recibido 24 visitas quiroprácticas, a menos que el empleador haya autorizado visitas adicionales por escrito". La misma regla aplica si el quiropráctico está actuando como su médico tratante secundario (un médico que brinda tratamiento junto con su PTP).

Crítico: Esta terminación del estatus de PTP es automática. Su quiropráctico no puede continuar manejando su caso en ninguna capacidad-ni siquiera para evaluaciones-una vez que se hayan utilizado las 24 visitas sin autorización. Tendrá que hacer la transición a un médico diferente.

Parte 2: Calificaciones del Quiropráctico y Cómo se Convierten en Su PTP

Certificación Requerida para los Quiroprácticos

Antes de que un quiropráctico pueda tratarlo por una lesión laboral, debe completar un programa especial de certificación de 25 horas aprobado por la División de Compensación Laboral (DWC, por sus siglas en inglés)-la agencia estatal que supervisa el sistema de compensación laboral. Este requisito está establecido en 8 Cal. Code Regs. § 14 (<https://www.dir.ca.gov/t8/14.html>).

El programa de certificación abarca:

Una descripción general de 8 horas sobre la ley laboral de California, las regulaciones de la DWC y los deberes del médico tratante

17 horas adicionales sobre procedimientos de examen médico, pautas de tratamiento, las Guías de la AMA

para la Evaluación del Deterioro Permanente (una referencia estándar para calificar la discapacidad), prorateo (división de la responsabilidad de su afección entre causas relacionadas con el trabajo y no relacionadas con el trabajo), y capacitación contra el sesgo

Un examen escrito y un informe de práctica que demuestre que el quiropráctico puede redactar el tipo de informe médico-legal utilizado en casos de compensación laboral

El certificado es válido por tres años, después de los cuales el quiropráctico debe completar cursos adicionales para renovarlo. Al menos 13 de las 25 horas deben completarse en persona, permitiéndose hasta 12 horas mediante educación a distancia.

Cómo un Quiropráctico se Convierte en su PTP

Un quiropráctico puede convertirse en su PTP a través de una de estas vías:

Selección del empleador. Durante los primeros 30 días después de su lesión, su empleador controla qué médico le trata. Si el empleador selecciona a un quiropráctico, ese quiropráctico se convierte en su PTP.

Su elección después de 30 días. Después de los primeros 30 días, usted tiene el derecho de elegir su propio médico tratante, que puede ser un quiropráctico.

Solicitud de cambio de médico. Usted tiene el derecho de solicitar un cambio único de médico bajo el Cal. Lab. Code § 4601 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4601/>). Si usted le notificó por escrito a su empleador antes de su lesión que tiene un quiropráctico personal, puede solicitar un cambio a ese quiropráctico.

Por Qué los Quiroprácticos No Pueden Ser Predesignados Desde la Fecha de la Lesión

Predesignación significa elegir a un médico antes de lesionarse, para que ese médico le trate desde el primer día de su lesión. Bajo el Cal. Lab. Code § 4600(d)(2)(A) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4600/>), solo los médicos con licencia bajo la Ley de Práctica Médica (Cal. Bus. & Prof. Code § 2000 (<https://law.justia.com/codes/california/code-bpc/division-2/chapter-5/>)) pueden ser predesignados como su PTP desde la fecha de la lesión. Los quiroprácticos tienen licencia bajo una ley diferente-Cal. Bus. & Prof. Code §§ 1000 et seq. (<https://law.justia.com/codes/california/code-bpc/division-2/chapter-2/article-1/section-1000/>)-por lo que no pueden ser predesignados para tratamiento el día de la lesión. Esta limitación es exclusiva de los quiroprácticos y acupunturistas.

Sin embargo, usted puede predesignar a un quiropráctico para un cambio de médico después de que ocurra una lesión, siempre que haya dado aviso por escrito a su empleador antes de que sucediera la lesión.

La Diferencia Entre PTP y QME

Un Evaluador Médico Calificado (QME, por sus siglas en inglés) es un médico designado por el DWC para realizar evaluaciones independientes cuando hay una disputa sobre su condición médica, calificación de discapacidad o necesidades de tratamiento. El estatus de QME se rige por el Cal. Lab. Code § 139.2(b) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-1/chapter-5/section-139.2/>) y el 8 Cal. Code Regs. § 11 (<https://www.dir.ca.gov/t8/11.html>). Un quiropráctico puede ser un PTP sin ser un QME, y muchos QMEs no tratan pacientes en absoluto-solo realizan evaluaciones. Algunos quiroprácticos ocupan ambos roles para expandir su práctica. La página del Proceso QME del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/MedicalUnit/QualificationForQME.html>) proporciona detalles sobre las

Parte 3: Cómo el Proyecto de Ley del Senado 863 Cambió las Reglas

La Reforma Clave de 2013

El Proyecto de Ley del Senado 863 (SB 863), que entró en vigor el 1 de enero de 2013, fue una reforma importante que hizo más estrictas las reglas del PTP quiropráctico. Antes del SB 863, un quiropráctico podía continuar sirviendo como su PTP para la evaluación y gestión del caso incluso después de agotar las 24 visitas de manipulación quiropráctica. El SB 863 eliminó esta laguna. Ahora, una vez que se alcanzan las 24 visitas, el quiropráctico pierde completamente el estatus de PTP-para todos los propósitos, incluyendo la evaluación y gestión.

El análisis legislativo del SB 863 (<https://cjattorneys.com/how-senate-bill-863-will-affect-your-practice/>) explica que este cambio tenía la intención de evitar que los quiroprácticos permanecieran como PTP sin proporcionar tratamiento directo, lo cual los legisladores consideraban una manera de eludir el propósito de control de costos del límite de 24 visitas. Esto hace que la limitación quiropráctica sea más restrictiva que las reglas para otras especialidades, donde un médico puede continuar gestionando su caso incluso cuando se alcanzan los límites específicos de tratamiento.

El SB 863 también aclaró que los quiroprácticos no pueden ser predesignados en la fecha de la lesión bajo el Cal. Lab. Code § 4600(d) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4600/>), pero preservó su derecho a predesignar a un quiropráctico para cambios de médico bajo el Cal. Lab. Code § 4601 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4601/>).

Cómo se Cuentan las Visitas

Una pregunta común es cómo se cuentan las visitas. La regla es clara: una visita al consultorio equivale a una visita, sin importar qué servicios se realicen durante esa visita. Si el quiropráctico realiza una evaluación, una manipulación y ejercicios terapéuticos todos en la misma cita, eso cuenta como una visita, no como tres. Este método de conteo "por visita" es aplicado de manera consistente por el DWC bajo el 8 Cal. Code Regs. § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>).

Qué Cuenta como "Autorización por Escrito" para Más Visitas

La ley requiere que la autorización para visitas adicionales sea por escrito. El Cal. Lab. Code § 4604.5(c)(2)(A) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4604.5/>) utiliza la frase "visitas adicionales autorizadas por escrito". Basándose en la práctica administrativa, las formas aceptables de autorización por escrito incluyen:

Una carta o documento explícito del administrador de reclamos que aprueba un número específico de visitas adicionales

Una aprobación de revisión de utilización (UR) de un plan de tratamiento que especifica visitas adicionales (UR es el proceso donde sus solicitudes de tratamiento son revisadas para determinar su necesidad médica)

Un acuerdo documentado entre las partes sobre un plan de tratamiento específico

Una orden o acuerdo de conciliación de la Junta de Apelaciones de Compensación al Trabajador (WCAB, por sus siglas en inglés) que autoriza tratamiento adicional

Importante: La aprobación verbal, el consentimiento implícito o el simple pago de facturas no satisfacen el

requisito de "autorización por escrito". Si usted está confiando en el permiso verbal, consiga que se confirme por escrito inmediatamente.

Parte 4: Los Procesos de Revisión de Utilización y Revisión Médica Independiente

Cómo Funciona la Revisión de Utilización

La revisión de utilización (UR) es el proceso que utiliza la compañía de seguros de su empleador para decidir si aprueba las solicitudes de tratamiento de su médico. Se rige por el Cal. Lab. Code § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) y el 8 Cal. Code Regs. § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>). Cuando su quiropráctico presenta una Solicitud de Autorización (RFA, por sus siglas en inglés)-el formulario oficial utilizado para pedir la aprobación del tratamiento-el administrador de reclamos debe seguir plazos estrictos:

Decisiones estándar: Deben tomarse dentro de los 5 días hábiles o 14 días calendario (lo que ocurra primero) después de recibir la información completa

Decisiones urgentes (cuando su salud está en riesgo inmediato): Deben tomarse dentro de las 72 horas

Comunicación de denegaciones: El administrador de reclamaciones debe notificar a su médico por teléfono o fax dentro de las 24 horas, seguido de una notificación por escrito dentro de 2 días hábiles

Las denegaciones por escrito deben explicar las razones clínicas y las directrices específicas utilizadas para tomar la decisión

Cuándo No Aplica la RU: La Distinción del Límite de Visitas

Aquí hay una distinción importante que muchas personas pasan por alto. Si el administrador de reclamaciones deniega más visitas quiroprácticas porque usted ya ha utilizado sus 24 visitas (un asunto de límite establecido por ley), esa denegación no se basa en la necesidad médica-se basa en un límite legal. Bajo 8 Cal. Code Regs. § 9792.9.1(b)(1) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>), el administrador de reclamaciones puede diferir la UR cuando la disputa se refiere a algo distinto a la necesidad médica, como el límite de visitas. El administrador debe darle aviso por escrito de este aplazamiento dentro de los 5 días hábiles.

Esta distinción es importante porque afecta sus opciones de apelación (explicadas a continuación).

Revisión Médica Independiente: Cuándo Puede y Cuándo No Puede Utilizarla

La Revisión Médica Independiente (IMR, por sus siglas en inglés) es un proceso mediante el cual un médico independiente revisa su caso si la RU deniega su tratamiento con base en la necesidad médica. Está establecida por Cal. Lab. Code § 4610.5 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4610.5/>) y explicada en la página de Preguntas Frecuentes sobre IMR del DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm).

Crítico: La IMR solo aplica cuando el tratamiento es denegado con base en la necesidad médica. Si sus visitas quiroprácticas adicionales son denegadas porque usted alcanzó el tope de 24 visitas (un límite legal), no puede utilizar la IMR. En cambio, debe llevar su disputa a la WCAB.

Si su tratamiento es denegado por razones de necesidad médica, debe presentar una Solicitud de Revisión Médica Independiente (Formulario DWC IMR-1) dentro de los 30 días después de recibir la denegación por escrito de la RU. El DWC asigna su caso a una organización de revisión independiente que toma una decisión

basada en sus expedientes médicos.

Parte 5: La Excepción Posquirúrgica Explicada

Cuándo las Visitas Quiroprácticas Posquirúrgicas No Cuentan para el Tope

Si usted tuvo una cirugía relacionada con su lesión laboral, su cirujano puede prescribir rehabilitación quiropráctica que no cuente para el límite de 24 visitas. Esta excepción se detalla en 8 Cal. Code Regs. § 9792.24.3 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9792243.html>) y sigue el Cronograma de Utilización de Tratamiento Médico (MTUS, por sus siglas en inglés)-las directrices de tratamiento basadas en evidencia adoptadas por el DWC bajo Cal. Lab. Code § 5307.27 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/5307-5.27/>) y publicadas en la página del MTUS del DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>).

Las directrices posquirúrgicas especifican números exactos de visitas y plazos para cada tipo de cirugía. Por ejemplo, una meniscectomía de rodilla posquirúrgica (extracción de cartílago) puede autorizar 12 visitas durante 12 semanas dentro de los 6 meses posteriores a la cirugía. Estos números son específicos para cada procedimiento.

Limitaciones Importantes de la Excepción Posquirúrgica

La atención posquirúrgica debe ser prescrita por su cirujano (o un médico designado por el cirujano). Su quiropráctico no puede reclamar esta excepción por cuenta propia.

Las visitas posquirúrgicas aún requieren la aprobación de la RU. La excepción al tope de 24 visitas no elimina la necesidad de que el administrador de reclamaciones apruebe el tratamiento.

Una vez que finaliza el período posquirúrgico (según lo definido para su cirugía específica), cualquier tratamiento quiropráctico adicional cuenta para el tope regular de 24 visitas.

La autorización posquirúrgica tiene tiempo limitado y es específica del procedimiento-no crea un derecho abierto a atención quiropráctica ilimitada.

Pasos para Reclamar la Excepción Posquirúrgica

Obtenga aprobación explícita por escrito de su cirujano autorizando la atención quiropráctica posquirúrgica

Identifique la directriz específica del MTUS que aplica a su cirugía en 8 Cal. Code Regs. § 9792.24.3 (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.24.3>)

Anote el número permitido de visitas y el plazo para su procedimiento específico

Haga que su quiropráctico presente una RFA con documentación de la aprobación del cirujano y la directriz del MTUS aplicable

Proceda a través del proceso estándar de aprobación de la RU para las visitas posquirúrgicas

Parte 6: Qué Hacer como Trabajador Lesionado

Protegiendo Su Acceso a la Atención Quiropráctica

Si la atención quiropráctica le está ayudando a recuperarse de una lesión laboral, tome estas medidas para proteger su acceso:

Lleve un registro cuidadoso del conteo de visitas. Sepa exactamente cuántas visitas quiroprácticas ha usado. No confíe en que su quiropráctico o administrador de reclamaciones lleven este registro por usted.

Solicite más visitas con anticipación. Alrededor de la visita 18-20, si aún necesita tratamiento, su quiropráctico debe presentar una RFA con documentación clínica detallada explicando por qué son médicamente necesarias más visitas. El Formulario DWC RFA (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf) es el formulario oficial para esta solicitud.

Obtenga la autorización por escrito. Si su administrador de reclamaciones acepta más visitas, asegúrese de recibir confirmación por escrito especificando el número de visitas adicionales, el plazo y cualquier condición.

Verifique la elegibilidad posquirúrgica. Si tuvo una cirugía, pregúntele a su cirujano si la atención quiropráctica posquirúrgica es apropiada. Las visitas posquirúrgicas prescritas por el cirujano no cuentan para el tope de 24 visitas.

Planifique la transición. Si la autorización es denegada, necesitará un nuevo PTP. Considere identificar a un médico alternativo (MD, DO u otro proveedor) antes de la visita 24 para evitar una interrupción en la atención.

Si Sus Visitas Adicionales Son Denegadas

Sus opciones dependen del motivo de la denegación:

Denegada por necesidad médica: Puede presentar una solicitud de IMR dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la denegación de la RU. Consulte la página de Preguntas Frecuentes sobre IMR del DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) para obtener instrucciones.

Denegada debido al tope de 24 visitas: No puede utilizar la IMR. Puede presentar una petición ante la Junta de Apelaciones de Compensación al Trabajador (WCAB) (<https://www.dir.ca.gov/wcab/wcab.htm>) para resolver la disputa. Argumentos que pueden ayudar incluyen: el administrador de reclamaciones no siguió los procedimientos adecuados de la RU, aplica la excepción posquirúrgica, o existe ambigüedad sobre si se otorgó autorización por escrito.

Parte 7: Qué Hacer como Quiropráctico

Manteniendo el Cumplimiento como PTP

Si usted es un quiropráctico que trata a pacientes de compensación laboral, siga estas prácticas:

Complete y mantenga su certificación. Debe contar con un certificado vigente de 25 horas de evaluación en compensación para trabajadores, otorgado por un programa aprobado por la DWC (<https://www.dir.ca.gov/t8/14.html>). El certificado vence a los tres años.

Cuente las visitas con cuidado. Cada visita al consultorio cuenta, incluidas las visitas exclusivamente de evaluación. Mantenga un sistema de seguimiento interno.

Presente las solicitudes de autorización con anticipación. Alrededor de la visita 18-20, presente una RFA detallada con documentación clínica que respalde visitas adicionales si se requiere continuar el tratamiento.

Documente todo. Presente el Primer Informe del Médico (Formulario DLSR 5021) dentro de los 5 días hábiles posteriores al primer examen, conforme lo exige 8 Cal. Code Regs. § 9785(e) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>). Informe cualquier cambio significativo en los planes de tratamiento dentro de los 20 días, conforme a 8 Cal. Code Regs. § 9785(f) (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>).

Cuando Finaliza el Estatus de PTP

Si se alcanza la visita 24 sin autorización escrita para visitas adicionales:

Notifique al paciente por escrito que su estatus de PTP está finalizando, indicando la fecha de entrada en vigor

Recomiende al paciente seleccionar un nuevo PTP y ayúdelo con la transición

Proporcione copias de todos los expedientes de tratamiento al administrador de reclamos y (con el consentimiento del paciente) al nuevo PTP

Prepare un informe final resumido que documente el total de visitas, la condición del paciente en la última visita y las recomendaciones para el cuidado continuo

Importante: Continuar tratando a un paciente después de que su estatus de PTP haya finalizado sin la autorización correspondiente puede resultar en la denegación del pago de esas visitas y en posibles sanciones profesionales por parte de la Junta de Examinadores Quiroprácticos de California (https://www.chiro.ca.gov/laws_regs/regulations.pdf).

Reglas sobre Autorreferencias

Cal. Lab. Code § 139.3 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-1/chapter-5/section-139-3/>) le prohíbe referir pacientes a entidades en las que usted tenga un interés financiero (tales como centros de imágenes o consultorios de terapia física de los que sea propietario). Las violaciones constituyen delitos menores y pueden conllevar sanciones civiles de hasta \$5,000 por infracción. Existe una excepción bajo Cal. Lab. Code § 139.31(e) (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-1/chapter-5/section-139.31/>) para los servicios prestados dentro de su propia oficina o práctica grupal.

Parte 8: Qué Hacer como Empleador o Administrador de Reclamos

Cómo Gestionar los Costos del Tratamiento Quiropráctico

Usted tiene el derecho legal de controlar los costos del tratamiento quiropráctico a través del límite de 24 visitas. Sus responsabilidades clave incluyen:

Realice un seguimiento preciso del número de visitas. Mantenga registros claros de las visitas quiroprácticas para cada lesión. Las disputas sobre el número de visitas pueden llevar a audiencias ante la WCAB.

Responda a las RFAs a tiempo. Siga los plazos de UR establecidos en 8 Cal. Code Regs. § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>): 5 días hábiles o 14 días calendario para decisiones estándar, 72 horas para decisiones urgentes.

Emita autorizaciones escritas claras. Si aprueba visitas adicionales, especifique el número de visitas, el plazo, cualquier condición clínica y una declaración indicando que esta autorización no renuncia al límite de 24 visitas para solicitudes futuras.

Utilice el diferimiento de UR en disputas sobre el límite de visitas. Si deniega visitas porque se ha alcanzado el límite de 24 visitas (no por necesidad médica), emita un diferimiento de UR por escrito conforme a 8 Cal. Code Regs. § 9792.9.1(b) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) dentro de los 5 días hábiles. Indique claramente que se difiere la UR porque la disputa involucra la limitación estatutaria de visitas, no la necesidad médica.

Notifique a los trabajadores sobre la terminación del PTP. Cuando el estatus de PTP de un quiropráctico finalice en la visita 24, notifique al trabajador por escrito y proporcione una lista de PTPs alternativos

disponibles dentro de la Red de Proveedores Médicos (MPN)-la red de médicos aprobados establecida bajo 8 Cal. Code Regs. § 9767.6 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html)-o en el área geográfica.

Riesgos de Errores Procesales

Si no sigue los procedimientos adecuados de UR, la WCAB puede asumir jurisdicción sobre cuestiones de necesidad médica que de otro modo estarían dentro de su discreción. Si emite una autorización escrita demasiado amplia, puede crear un estoppel (un principio legal que le impide negar posteriormente que se otorgó la autorización). Mantenga el lenguaje de la autorización específico y limitado.

Parte 9: Resolución de Disputas y Apelaciones

Cómo Impugnar una Denegación ante la WCAB

Si usted es un trabajador lesionado y su solicitud de visitas quiroprácticas adicionales ha sido denegada, puede presentar una petición ante la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores (WCAB) (<https://www.dir.ca.gov/wcab/wcab.htm>) para obtener una determinación. Su petición debe:

Identificar la base fáctica y legal de su disputa

Adjuntar copias de todas las presentaciones de RFA, las decisiones de UR, los registros de visitas y los informes clínicos

Citar los estatutos aplicables: Cal. Lab. Code § 4604.5(c)

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/4600-4614.1/4604.5/>) y 8 Cal. Code Regs. § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>)

Exponer su teoría legal-por ejemplo, que no se siguieron los procedimientos de UR, que se aplica la excepción postquirúrgica, o que efectivamente se otorgó una autorización escrita

La WCAB utiliza un estándar de prueba sustancial, lo que significa que el juez revisará si el expediente médico y los procedimientos del administrador de reclamos respaldan la denegación.

Argumentos a Preservar para la Apelación

Incluso si un juez de la WCAB falla en su contra, asegúrese de que el expediente incluya:

Cualquier evidencia de autorización escrita o acciones del administrador de reclamos que puedan constituir una autorización

Documentación de cualquier falla procesal en la UR (notificaciones tardías, ausencia de referencias a las pautas)

Todos los registros quirúrgicos y referencias a las pautas MTUS si se alega la excepción postquirúrgica

Su posición sobre el significado de "autorización escrita" y cualquier ambigüedad en cómo se aplicó

Usted puede presentar una Petición de Reconsideración ante el panel completo de la WCAB, o en casos limitados, un Recurso de Revisión (Writ of Review) ante la Corte de Apelaciones de California.

Opciones Alternativas de Tratamiento Después de la Terminación del PTP

Si el estatus de PTP de su quiropráctico finaliza y se deniega la autorización para más visitas, usted tiene otras opciones:

Terapia física: Sujeta a un límite separado de 24 visitas por lesión

Terapia ocupacional: También sujeta a su propio límite de 24 visitas

MD o DO como PTP: Un médico o un médico osteópata puede continuar manejando su caso sin las mismas limitaciones del límite de visitas en sus servicios médicos

Acupuntura: Sujeta a una limitación separada de 24 visitas para servicios de acupuntura

Parte 10: Plazos Importantes y Advertencias

Plazos que No Debe Omitir

Solicitud de cambio de médico: Usted dispone de un plazo limitado después de la lesión para solicitar un cambio único de médico conforme al Código Laboral de California § 4601 (<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/46004614.1/4601/>)

Solicitud de IMR: Debe presentarla dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la denegación escrita de la UR

Peticiones ante la WCAB: Se aplican plazos específicos a las Peticiones de Reconsideración y a las Peticiones de Remoción; no cumplir con estos plazos significa perder sus derechos de apelación

Presentación del reclamo de compensación al trabajador: Su reclamo por lesión debe presentarse dentro del plazo de prescripción aplicable o podría perder todos los beneficios

Consecuencias Que No Pueden Deshacerse

Crítico: Una vez que un quiropráctico alcanza 24 visitas sin autorización previa por escrito, el estatus de PTP termina inmediatamente y no puede restablecerse, ni siquiera mediante una autorización posterior. Una autorización posterior solo puede cubrir visitas adicionales a partir de ese momento; no puede restaurar al quiropráctico como PTP.

La transición a un nuevo PTP puede requerir una nueva evaluación, lo que causa retrasos en el tratamiento

No solicitar autorización antes de la visita 24 puede cerrar permanentemente esa oportunidad

Un quiropráctico que continúe tratando después de que termine el estatus de PTP corre el riesgo de que se le deniegue el pago y de enfrentar sanciones profesionales

Áreas Que Requieren Asesoramiento Experto Independiente

Este informe cubre únicamente las normas de tratamiento de compensación al trabajador. Debe consultar a expertos independientes para:

Consecuencias fiscales de los acuerdos de compensación al trabajador

Interacciones entre el Seguro Social por Discapacidad y los beneficios de compensación al trabajador

Implicaciones de la ley de inmigración por la participación o los