

Análisis jurídico: Solicitud de autorización de California (RFA) Procedimientos y requisitos de cumplimiento

(PARTE A: ANÁLISIS DE TRABAJADORES LESIONADOS)

26 de febrero de 2026

La información proporcionada mediante este análisis con inteligencia artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse un sustituto del asesoramiento de un abogado cualificado.

Las leyes y los resultados legales varían según las circunstancias específicas y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CALIFORNIA (RFA): PROCEDIMIENTOS Y REQUISITOS DE CUMPLIMIENTO

Este informe explica cómo funciona el proceso de Solicitud de Autorización (RFA, por sus siglas en inglés) en el sistema de compensación laboral de California. La RFA es el formulario oficial que un médico debe presentar para obtener la aprobación antes de brindar tratamiento médico por una lesión laboral. Ya sea usted un trabajador lesionado, un médico tratante o un administrador de reclamaciones, comprender las normas de la RFA protege sus derechos y le ayuda a evitar errores costosos.

A partir del 27 de febrero de 2026, el sistema RFA de California opera bajo el Código Laboral de California § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) y las regulaciones del Título 8 del Código Laboral de California, §§ 9792.6.1–9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>). Las principales actualizaciones regulatorias que entraron en vigor el 1 de abril de 2026 introducen plazos más estrictos, mayores derechos para volver a presentar solicitudes después de una denegación y sanciones más severas por infracciones.

Parte 1: ¿Qué es una solicitud de autorización?

Esta sección define la RFA y explica por qué es importante en cada reclamación de indemnización laboral.

Definición de RFA

La Solicitud de Autorización (RFA, por sus siglas en inglés) es el formulario oficial que un médico tratante completa para solicitar a la compañía de seguros de compensación laboral (denominada administradora de reclamaciones) autorización para brindar tratamiento médico por una lesión laboral. El formulario se llama Formulario RFA de la DWC y es obligatorio según el Título 8, Sección 9785.5 del Código de Reglamentos de California (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.5>).

Según el Título 8, Sección 9792.6.1(t) del Código de Reglamentos de California (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>), una "Solicitud de autorización" significa "una solicitud por escrito para un tratamiento médico específico propuesto". A menos que el administrador de reclamaciones acepte un formato diferente, la solicitud debe realizarse en el formulario oficial RFA de la DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf).

Por qué importa la RFA

La RFA es el documento inicial que da comienzo al proceso de revisión de utilización (RU). La revisión de utilización es el proceso mediante el cual un profesional médico evalúa la solicitud de tratamiento de un médico para determinar si dicho tratamiento es médicamente necesario para tratar la lesión laboral. Sin una RFA debidamente cumplimentada, el tratamiento puede retrasarse o denegarse, y los proveedores podrían no recibir el pago correspondiente.

Importante: Un médico no puede simplemente brindar tratamiento y esperar recibir un pago. Salvo en casos de emergencia y ciertos tratamientos autorizados automáticamente, la solicitud de autorización de pago debe presentarse y aprobarse antes de que comience el tratamiento.

¿Qué hace que una solicitud de propuestas (RFA) sea "completa"?

Según el Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.6.1(t)(2) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>), una solicitud de propuestas completa debe cumplir tres requisitos:

- Identifique al empleado y al proveedor: el formulario debe incluir el nombre del trabajador lesionado, la fecha de nacimiento y el número de reclamación, además del nombre del médico, el número de licencia y el número NPI.
- Identifique el tratamiento recomendado con especificidad: el formulario debe describir exactamente qué tratamiento se solicita (por ejemplo, "inyección epidural lumbar de esteroides, un solo nivel, lado izquierdo" en lugar de solo "control del dolor").
- Incluya documentación que demuestre la necesidad médica: el formulario debe adjuntar informes o registros médicos que expliquen por qué se necesita el tratamiento.

Si falta alguno de estos tres elementos, el administrador de reclamaciones podrá devolver la solicitud de autorización de pago (RFA) como incompleta en un plazo de cinco días hábiles. El médico deberá entonces corregir el problema y volver a enviarla.

Parte 2: El marco legal: leyes y reglamentos clave

Esta sección identifica las principales leyes y regulaciones que rigen el proceso RFA.

El estatuto principal: [Sección 4610 del Código Laboral](#)

El Código Laboral de California § 4610 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) es la principal ley que rige la revisión de utilización y los procedimientos RFA. Requiere lo siguiente:

- Todo empleador debe tener un proceso de revisión de utilización, ya sea directamente, a través de una aseguradora o a través de una entidad contratada (Código Laboral de California § 4610(b) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)).
- Solo un médico revisor con licencia (un médico calificado para evaluar el problema médico específico) puede modificar, retrasar o denegar una solicitud de tratamiento basada en la necesidad médica, lo que significa que es necesario para curar o aliviar la lesión laboral (Código Laboral de California § 4610(e) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)).
- Una denegación de UR permanece vigente durante 12 meses a menos que el médico documente que la condición del paciente ha cambiado materialmente (Código de Laboratorio de California § 4610(k) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>))

Importante: Un revisor no médico (una persona que no es doctora) solo puede aprobar solicitudes o pedir más información. No puede denegar ni modificar el tratamiento por motivos de necesidad médica.

Normativa clave

Varias regulaciones en el Título 8 del Código de Regulaciones de California proporcionan las reglas detalladas:

- Código de Reglamentos de California, título 8, § 9785.5 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.5>) — Especifica el formulario oficial de DWC RFA
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.6.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>) — Define términos clave, incluyendo "autorización", "completado", "revisión acelerada" y "solicitud de autorización"
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.7 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html) — Requiere reclamaciones
Los administradores deberán presentar un plan de utilización de recursos por escrito ante el estado.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) — Establece la respuesta
Plazos y requisitos de notificación para todos los tipos de RFA.
- Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html) — Enumera las sanciones por UR violaciones

Responsabilidad del empleador por el tratamiento inicial

Según el Código Laboral de California § 5402(c) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600->

Según las secciones 4614.1/4600/, los empleadores deben pagar hasta \$10,000 en costos de tratamiento médico mientras deciden si aceptan o rechazan una reclamación. Esto significa que un trabajador lesionado puede recibir tratamiento inicial incluso antes de que el empleador decida si la lesión está cubierta.

Parte 3: Tipos de revisiones de RFA

Esta sección explica los cuatro tipos de revisión de utilización y cuándo se aplica cada uno.

Revisión prospectiva

La revisión prospectiva se realiza antes de que se preste el tratamiento. El médico presenta primero la solicitud de autorización de reembolso (RFA, por sus siglas en inglés), y el administrador de reclamaciones debe responder en un plazo de cinco días hábiles (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.9.1(c)(3) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)). Este es el tipo de revisión más común.

Revisión concurrente

La revisión concurrente se lleva a cabo mientras el trabajador lesionado está hospitalizado. El médico solicita autorización para continuar el tratamiento hospitalario. El administrador de reclamaciones también debe responder en un plazo de cinco días hábiles (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(c)(3) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)). La atención médica no puede interrumpirse hasta que el empleado y el médico lleguen a un acuerdo sobre un plan de atención.

Revisión retrospectiva

La revisión retrospectiva se realiza después de que el tratamiento ya se ha proporcionado. El médico envía una RFA después de prestar la atención, normalmente para un tratamiento de emergencia o cuando no se obtuvo autorización previa.

El administrador de reclamaciones tiene 30 días naturales (no días hábiles) para responder (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(c)(5) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)).

Importante: Si recibió atención médica de emergencia por una lesión laboral, el proveedor no necesita autorización previa. Sin embargo, posteriormente deberá presentar una solicitud de autorización de pago retrospectiva (RFA) para recibir el pago.

Revisión acelerada

La revisión acelerada se aplica cuando el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inmediata y grave para su salud, como la posible pérdida de la vida, una extremidad o una función corporal importante, o cuando el plazo normal de cinco días perjudicaría su condición. El administrador de reclamaciones debe responder en un plazo de 72 horas (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(c)(4) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)).

El médico solicitante debe justificar por escrito la necesidad de una revisión acelerada y adjuntar la documentación pertinente. Si la solicitud no está debidamente respaldada por pruebas, el administrador de reclamaciones podrá tramitarla según el plazo estándar de cinco días hábiles.

Nota: Las directrices recientes de la Junta de Apelaciones de Indemnización Laboral (WCAB) dejan claro que los administradores de reclamaciones no pueden ignorar una designación de tramitación acelerada. Deben remitir inmediatamente la solicitud de tratamiento a un médico revisor en un plazo de 72 horas (Sullivan on Comp – Revisión acelerada de solicitudes de tratamiento (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-of-requests-for-treatment-revisited>)).

Parte 4: Cómo completar el formulario RFA

Esta sección enumera la información requerida en el formulario RFA de DWC y la documentación que se debe adjuntar.

Información requerida en el formulario

El formulario RFA de DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf) debe incluir todo lo siguiente (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785.5 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.5>)):

- Información del empleado: nombre, fecha de la lesión, fecha de nacimiento, número de reclamación, nombre del empleador.
- Solicitud de información del médico: nombre, nombre del consultorio, dirección, número NPI, especialidad.
- Información del administrador de reclamaciones: nombre y datos de contacto de la compañía de seguros que gestiona el caso. afirmar
- Diagnóstico: diagnóstico específico con código CIE (por ejemplo, "M54.5 – Dolor lumbar" en lugar de solo "dolor")
- Tratamiento solicitado: servicio específico con código CPT/HCPCS, incluyendo frecuencia, duración y cantidad
- Firma del médico: El médico tratante debe firmar el formulario (se permiten firmas electrónicas si el administrador de reclamaciones lo autoriza).

Documentación justificativa requerida

Debe adjuntar los registros médicos que demuestren que el tratamiento es médicamente necesario. Los documentos aceptables incluyen:

- Primer informe médico sobre lesiones o enfermedades laborales (Formulario DLSR 5021)
- Informe de progreso del médico tratante (Formulario DWC PR-2)
- Un informe médico narrativo equivalente que explique la necesidad del tratamiento.

Si el tratamiento se ajusta al Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS, por sus siglas en inglés), las directrices oficiales de California para tratamientos basados en la evidencia, indíquelo en la descripción. Si solicita un tratamiento no cubierto por el MTUS o que sea incompatible con él, incluya literatura médica publicada y revisada por pares que respalde la recomendación (Instrucciones del formulario RFA de la DWC (<https://www.employers.com/wp-content/uploads/authorization-request-form-california.pdf>)).

Casillas de verificación especiales en el formulario

El formulario RFA de DWC incluye varias casillas de verificación para situaciones especiales:

- Nueva solicitud: utilice esta opción para solicitar un tratamiento por primera vez.

- Reenvío: cambio en los hechos materiales: utilice esto cuando se denegó una solicitud anterior pero el paciente La situación ha cambiado sustancialmente. Debe incluir documentación que acredite el cambio.
- Revisión acelerada: marque esta opción si el trabajador enfrenta una amenaza inmediata y grave para su salud. Debe certificar la necesidad de escribir
- Confirmación escrita de la solicitud verbal: utilice esto cuando confirme una solicitud verbal previa, que debe ser Confirmado por escrito en un plazo de 72 horas.

Versión del formulario y firma

Debe utilizar el formulario RFA de DWC vigente (versión de febrero de 2014 o posterior). No se aceptan versiones anteriores. El formulario debe estar firmado; los formularios RFA sin firmar se devolverán como incompletos (daisyBill – Solicitud de autorización y UR (<https://kb.daisybill.com/articles/t-request-for-authorization>)).

Parte 5: Plazos de respuesta del administrador de reclamaciones

Esta sección explica con qué rapidez debe responder el administrador de reclamaciones a cada tipo de solicitud de autorización.

Cuando el reloj empieza a correr

El plazo de respuesta comienza el día después de que el administrador de reclamaciones reciba la RFA completa. Si la RFA se envía por fax o correo electrónico, la fecha de recepción se determina mediante el sello de fecha electrónico. Los faxes recibidos después de las 5:30 p. m., hora del Pacífico, se consideran recibidos el siguiente día hábil (excepto para la revisión acelerada o concurrente) (Cal.

Código de Reglamentos, título 8, § 9792.9.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)).

Un "día hábil" no incluye sábados, domingos ni días festivos estatales (Preguntas frecuentes de DWC sobre UR para administradores de reclamaciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)).

Resumen de los plazos de respuesta

Tipo de revisión	Fecha límite	Medido en
Futuro	5 días hábiles	días hábiles
Concurrente	hábil 72 horas 30	días hábiles
Expresado	días	Horas
Retrospectivo		días del calendario

Requisitos de comunicación

Cuando el administrador de reclamaciones aprueba el tratamiento, debe notificar al médico dentro de las 24 horas posteriores a la decisión por teléfono, fax o correo electrónico (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(d) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)).

Cuando el administrador de reclamaciones deniega o modifica el tratamiento, debe:

- Póngase en contacto con el médico inicialmente por teléfono, fax o correo electrónico dentro de las 24 horas posteriores a la decisión.
- Envíe una notificación detallada por escrito al médico, al trabajador lesionado y al abogado del trabajador (si está representado).
dentro de:
 - 24 horas para revisión simultánea
 - 2 días hábiles para revisión preliminar
 - 72 horas a partir de la recepción de la RFA para revisión acelerada

Importante: El incumplimiento de estos plazos puede acarrear sanciones administrativas de entre 1.000 y 15.000 dólares por infracción y puede invalidar por completo la decisión de UR (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html)).

Parte 6: Qué debe incluir la decisión de UR

Esta sección explica qué debe contener la decisión escrita de UR cuando se aprueba, se deniega o se modifica un tratamiento.

Decisiones de aprobación

Cuando el administrador de reclamaciones aprueba una solicitud, la aprobación por escrito debe indicar (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(d) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)):

- Fecha en que se recibió la solicitud de autorización de funciones (RFA) completa.
- El tratamiento específico que se solicitó
- El tratamiento específico que fue aprobado
- La fecha de la decisión

La aprobación debe ser específica; por ejemplo, "fisioterapia, dos veces por semana durante cuatro semanas" en lugar de simplemente "fisioterapia".

Decisiones de denegación o modificación

Cuando se deniega o modifica el tratamiento, la decisión por escrito debe incluir todos los siguientes elementos obligatorios (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(e)(5) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)):

- Fecha en que se recibió la solicitud de propuestas
- Fecha de la decisión
- Descripción del tratamiento solicitado
- Lista de todos los registros médicos que examinó el revisor.
- Descripción de cualquier tratamiento que haya sido aprobado
- Una explicación clara de por qué se denegó o modificó la solicitud, incluyendo las razones médicas y la pautas de tratamiento utilizadas
- Si la denegación se debe a información faltante, se requiere una descripción de la información que se necesita.
- Una declaración que le indique al trabajador lesionado que puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) dentro de los 30 días calendario, junto con el formulario IMR de la DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm)

- Información de contacto del ajustador de siniestros
- Nombre del revisor, especialidad médica y número de teléfono
- Las horas en que el revisor o el director médico están disponibles para discutir la decisión (al menos cuatro horas) por semana durante el horario laboral habitual)

Importante: Si falta algún elemento requerido en la decisión escrita, el administrador de reclamaciones se enfrenta a sanciones de entre 50 y 500 dólares por cada elemento faltante (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html)).

Aplazamiento de la revisión de utilización

Un administrador de reclamaciones puede aplazar la revisión de utilización si cuestiona si la lesión está relacionada con el trabajo o si cuestiona el tratamiento por motivos distintos a la necesidad médica. Si cuestiona la necesidad médica, debe completar el proceso de revisión de utilización (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1(b) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>)).

Parte 7: Autorización automática: la exención de 30 días

Esta sección explica cuándo ciertos tratamientos se autorizan automáticamente sin pasar por una revisión de utilización prospectiva.

Cuándo se aplica la autorización automática

Según el Código Laboral de California § 4610(c) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>), el tratamiento califica para la autorización automática (lo que significa que no se necesita aprobación previa de UR) cuando se cumplen las seis condiciones (daisyBill – 3 datos sobre la autorización automática (<https://blog.daisybill.com/3-datos-sobre-la-autorización-automática-para-la-compensación-laboral/>)):

1. La fecha de la lesión es el 1 de enero de 2018 o posterior.
2. El tratamiento se proporciona dentro de los 30 días posteriores a la lesión.
3. El administrador de reclamaciones ha aceptado la responsabilidad por la lesión.
4. El tratamiento se rige por el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS).
5. El médico pertenece a la Red de Proveedores Médicos (MPN) del empleador o es el médico predesignado del trabajador.

6. El tratamiento no está específicamente excluido de la autorización automática.

Tratamientos excluidos de la autorización automática

Incluso dentro del plazo de 30 días, los siguientes tratamientos aún requieren aprobación prospectiva de UR (Enlyte – Actualizaciones de la normativa UR de California (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)):

- Medicamentos recetados no exentos según el Formulario de Medicamentos de MTUS
- Cirugía no urgente
- Inyecciones espinales
- Diagnóstico por imagen
- Medicina electrodiagnóstica
- Cualquier tratamiento previamente denegado a través de UR o IMR (a menos que la denegación haya sido revocada).

Plazos de facturación para tratamientos autorizados automáticamente

Los proveedores deben presentar las facturas por tratamientos autorizados automáticamente dentro de los 30 días posteriores a la prestación de la atención, un plazo mucho menor que el plazo estándar de 12 meses para los tratamientos autorizados convencionalmente. Para los tratamientos de emergencia que califican como autorización automática, el plazo de facturación se extiende a 180 días (daisyBill – Cómo apelar una autorización automática pero una factura denegada (<https://blog.daisybill.com/automatic-authorization-denied-bill-how-to-appeal-denial>)).

Nota: El administrador de reclamaciones no puede modificar, denegar ni revocar la autorización automática. Sin embargo, pueden realizar una revisión retrospectiva y retirar los privilegios de autorización automática de un médico si este muestra un patrón de prestación de tratamientos incompatibles con el MTUS.

Parte 8: Autorización para tratamiento de emergencia

Esta sección explica las normas para obtener autorización cuando se necesita tratamiento de inmediato.

El tratamiento de emergencia no requiere autorización previa.

Según el Título 8, Sección 9792.6.1(i) del Código de Reglamentos de California (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>), los servicios de atención médica de emergencia son tratamientos para afecciones tan graves que, sin atención inmediata, la salud del paciente correría grave peligro. Esto incluye situaciones en las que un trabajador podría perder la vida, una extremidad o una función corporal importante.

Importante: Un proveedor nunca debe esperar autorización previa para tratar una emergencia médica. La falta de autorización previa no puede utilizarse como motivo para denegar el pago del tratamiento de emergencia (daisyBill – Solicitud de autorización para tratamiento de emergencia (<https://kb.daisybill.com/topics/authorization-treatment>)).

Qué debe hacer el proveedor después de un tratamiento de emergencia

Aunque no se requiere autorización previa, el proveedor aún debe:

- Presentar una RFA retrospectiva después del tratamiento de emergencia.
- Incluir documentación que explique la condición de emergencia.
- El administrador de reclamaciones dispone entonces de 30 días naturales para completar la revisión retrospectiva de la utilización.

Parte 9: Volver a presentar una solicitud de propuesta tras una denegación.

Esta sección explica sus derechos cuando una solicitud de tratamiento ha sido denegada previamente.

La regla de los 12 meses

Según el Código Laboral de California § 4610(k) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>), una denegación de UR normalmente permanece vigente durante 12 meses. Durante este período, el mismo médico no puede solicitar el mismo tratamiento nuevamente a menos que documente que la condición del paciente ha cambiado sustancialmente.

Reenvío cuando los hechos han cambiado

Si la condición del paciente ha cambiado realmente, por ejemplo, si un tratamiento que antes era eficaz ya no funciona o si la condición ha empeorado, el médico tratante puede volver a enviar la RFA mediante:

- Marcar la casilla "Reenvío: Cambio en los hechos relevantes" en el formulario RFA de DWC
- Incluir documentación médica que explique exactamente qué ha cambiado.

La WCAB confirmó este derecho en Mario Ramirez v. UNKNOWN, ADJ15193432 (Decisión del Panel de la WCAB 2025) (<https://www.dir.ca.gov/wcab/Panel-Decisions-2025/Mario-RAMIREZ-ADJ15193432.pdf>), sosteniendo que el administrador de reclamaciones no puede ignorar una RFA reenviada cuando el médico ha documentado cambios clínicos.

Cambio normativo del 1 de abril de 2026

A partir del 1 de abril de 2026, el nuevo Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.9.5 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>) fortalece aún más los derechos de reenvío:

- Una solicitud de autorización de comercialización reenviada no puede aplazarse si el médico documenta expresamente un cambio en los hechos relevantes.
- La solicitud revisada debe ser evaluada por un médico (no por una persona que no sea médico).
- Cualquier denegación debe proporcionar una explicación sustancial de por qué los cambios documentados son insuficientes.
- Ya no se permite simplemente rechazar la nueva presentación por considerarla "duplicada".

Importante: Este es uno de los cambios más significativos en la normativa de abril de 2026. Significa que los trabajadores lesionados cuyas condiciones hayan empeorado tienen una vía real para que se reconsidere su tratamiento, incluso dentro del período de denegación de 12 meses.

Parte 10: Sanciones por incumplimiento

Esta sección enumera las sanciones económicas a las que se enfrentan los administradores de reclamaciones por infringir las normas de RFA y UR.

Tabla de sanciones

El Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html) establece sanciones obligatorias para las infracciones de la UR:

Fallos organizativos:

- No se ha establecido un plan de revisión de utilización: \$50,000
- No se ha designado un director médico cualificado: 50.000 dólares
- Plan UR no presentado ante el estado: \$10,000
- Al plan UR le faltan elementos obligatorios: \$5,000

Plazos incumplidos:

- Decisión prospectiva/concurrente tardía (últimos 5 días hábiles): \$1,000 por infracción
- Decisión tardía concurrente (no acelerada): \$2,000 por infracción
- Decisión urgente (después de 72 horas): \$15,000 por infracción.
- Decisión retroactiva tardía (últimos 30 días): \$500 por infracción

Notificaciones de fallos:

- No incluir el formulario de solicitud IMR con la denegación: \$2,000 por infracción.
- Faltan campos obligatorios en la decisión escrita: entre 50 y 500 dólares por instancia.
- No notificar al médico sobre la RFA incompleta: \$50 por caso.
- No documentar los intentos de obtener la información faltante antes de denegar la solicitud: \$50 por instancia.

Requisito de acreditación de URAC (Vigente a partir del 1 de abril de 2026)

A partir del 1 de abril de 2026, cualquier operación de UR que modifique o niegue el tratamiento debe contar con la aprobación de los trabajadores de URAC.

Acreditación en Gestión de Utilización de Compensaciones: una certificación de tres años otorgada por URAC (<https://www.urac.org/accreditation-cert/workers-compensation-utilization-management-accreditation/>).

Sin esta acreditación, un administrador de reclamaciones no puede denegar ni modificar ninguna solicitud de tratamiento y se enfrenta a sanciones y a la posible pérdida de la autoridad de UR (Enlyte – Actualizaciones de la normativa UR de California).

(<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)).

Auditorías estatales

La División de Compensación para Trabajadores realiza auditorías de utilización de recursos y publica los resultados. En enero de 2026, la DWC publicó los resultados de la auditoría de 2025 (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2026/2026-06.html>), que muestran las sanciones impuestas a las principales aseguradoras. La calificación mínima para aprobar es del 85 %.

Parte 11: Cómo impugnar una denegación: Revisión médica independiente (RMI)

Esta sección explica cómo impugnar una decisión de revisión de utilización que deniega o modifica su tratamiento.

¿Qué es IMR?

La Revisión Médica Independiente (RMI) es el proceso mediante el cual un médico independiente, ajeno al administrador de reclamaciones, revisa la denegación de una Revisión de Utilización (RU) para determinar si el tratamiento es médicamente necesario. La RMI es la única forma de impugnar una denegación de RU basada en la necesidad médica. No se puede acudir a los tribunales ni a la Junta de Compensación Laboral (WCAB) para impugnar la necesidad médica (Código Laboral de California § 4610.5 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610.5/>); DWC – Revisión Médica Independiente (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>)).

Esto fue confirmado por el Tribunal de Apelaciones de California en *Illinois Midwest Insurance Agency LLC v. WCAB (Rodriguez)*, (Cal. Ct. App., 2d Dist., 10 de noviembre de 2025) (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/2nd-district-court-appeal-rejects-patterson-exception-ur-imr>), que sostuvo que "para cualquier disputa sobre la necesidad médica que surja de una decisión de UR, la IMR es el único y exclusivo recurso".

Cómo solicitar la IMR

1. Obtenga la Solicitud de Revisión Médica Independiente (Formulario DWC IMR-1 (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm)), que debe incluirse con la notificación de denegación.
2. Complete el formulario y adjunte una copia de la decisión de denegación de UR.
3. Envíe la solicitud por correo postal o fax a Maximus Federal Services, Inc. (la organización IMR designada por el estado) dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción de la denegación de UR (10 días para disputas relacionadas únicamente con drogas después del 1 de abril de 2026).

¿Qué sucede después de presentar la solicitud?

- El estado revisa la solicitud de elegibilidad (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.10.1 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9792101.html>)).
- Si cumple los requisitos, un médico revisor independiente examinará los expedientes médicos.
- La determinación IMR se emite normalmente dentro de los 30 días calendario.
- Si el revisor de IMR está de acuerdo en que el tratamiento es médicamente necesario, el administrador de reclamaciones debe autorizarlo. el tratamiento en un plazo de 5 días hábiles

Importante: Se presume que la determinación del IMR es correcta. La WCAB rara vez revoca las decisiones del IMR y solo puede hacerlo por fraude, parcialidad o errores de procedimiento graves (Preguntas frecuentes sobre el IMR de la DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm)).

Parte 12: Cambios regulatorios importantes que entrarán en vigor el 1 de abril de 2026

Esta sección resume los cambios clave aprobados el 30 de diciembre de 2025, que entrarán en vigor el 1 de abril de 2026.

El 30 de diciembre de 2025, la Oficina de Derecho Administrativo de California aprobó importantes modificaciones a las regulaciones de UR (DWC Newsline 2025-125 (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-125.html>)). Estos cambios afectan a todos los involucrados en el proceso RFA.

Cambios clave

- Se amplían los derechos de reenvío: las RFA reenviadas que documenten cambios sustanciales en los hechos no pueden ser diferido y debe recibir revisión a nivel médico (Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.5 (en vigor a partir del 1 de abril de 2026) (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)).

- Acreditación URAC obligatoria: los planes UR que niegan o modifican el tratamiento deben tener la acreditación URAC Workers' Acreditación en Gestión de Utilización de Compensaciones
- Se aclaran los límites para los revisores no médicos: los no médicos solo pueden aprobar solicitudes o discutir criterios. con los médicos. No pueden negar ni modificar el tratamiento por motivos de necesidad médica, y no pueden negar el tratamiento por falta de información.
- El médico revisor debe interactuar con los argumentos del médico: cuando un médico solicitante argumenta que Las pautas de tratamiento no deben aplicarse, el médico revisor debe explicar por qué el razonamiento del médico es insuficiente.
- Se ha mejorado el manejo de las solicitudes de autorización de pago incompletas: los administradores de reclamaciones deben aceptar una solicitud incompleta. o devolverlo marcado como "incompleto" con razones específicas dentro de los cinco días hábiles.
- Transparencia en el formulario de medicamentos: las aprobaciones de medicamentos exentos del formulario deben indicar "Exento según MTUS" Formulario de medicamentos" por escrito
- Proceso de solicitud del plan UR actualizado: el nuevo formulario DWC UR-01 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>) es obligatorio para presentar o modificar planes UR.
- Período de revisión extendido para los planes UR: las organizaciones obtienen una extensión de 60 días (120 días en total) para abordar las deficiencias del plan UR, con aprobación provisional si el estado no toma ninguna medida para el día 120.
- Nuevas sanciones añadidas: sanciones adicionales por no obtener la acreditación URAC, no limitar a los revisores no médicos a las funciones aprobadas y no obtener la aprobación estatal para los planes de UR antes de su puesta en marcha.

Parte 13: Pasos prácticos para los médicos tratantes

Esta sección proporciona una lista de verificación y un plan de acción para los médicos que presenten solicitudes de autorización de comercialización (RFA, por sus siglas en inglés).

Lista de verificación previa a la presentación

Antes de enviar una solicitud de propuesta (RFA), verifique lo siguiente:

- El tratamiento es consistente con las directrices de MTUS (o tiene literatura revisada por pares que respalda una no-Enfoque MTUS)
- La información del paciente es precisa (nombre, fecha de nacimiento, número de reclamación, empleador).
- Su información de proveedor está completa (nombre, licencia, NPI, dirección, teléfono, fax, correo electrónico).
- La dirección y el número de fax correctos del administrador de reclamaciones figuran en el formulario.
- Su diagnóstico incluye un código CIE específico y actualizado.
- El tratamiento solicitado incluye una descripción detallada con códigos CPT/HCPCS, frecuencia, duración, y cantidad
- Se adjunta la documentación médica de respaldo (Formulario DLSR 5021, Formulario DWC PR-2 o informe narrativo).
- El formulario está firmado
- Está utilizando la versión actual del formulario RFA de DWC (febrero de 2014 o posterior).

Después de la presentación

1. Conserve la hoja de confirmación de fax que muestre la transmisión exitosa y la hora de envío.
2. Anote en su calendario 5 días hábiles (prospectivo) o 30 días naturales (retrospectivo) para realizar el seguimiento.
3. Si no recibe respuesta antes de la fecha límite, comuníquese con el administrador de reclamaciones por teléfono y documente la conversación.
4. Si la solicitud de propuestas (RFA) se devuelve como "incompleta", corrija los problemas identificados y vuelva a enviarla de inmediato; el plazo se reinicia.

Después de recibir una denegación

Tienes dos opciones principales:

- Solicite una IMR: si cree que la denegación de UR fue médicamente errónea, presente el formulario DWC IMR-1 dentro de los 30 días calendario
- Reenvíe la solicitud de autorización previa (RFA): si la condición del paciente ha cambiado sustancialmente, marque la casilla "Reenvío: cambio en los hechos relevantes", adjunte la documentación de los cambios y vuelva a enviarla. Después del 1 de abril de 2026, este reenvío deberá ser revisado por un médico.

Parte 14: Pasos prácticos para los administradores de reclamaciones

Esta sección describe las obligaciones de cumplimiento y la gestión de riesgos para los administradores de reclamaciones.

Obligaciones fundamentales

- Mantener un plan de UR por escrito archivado con el Director Administrativo, que incluya un director médico designado. (Código de Reglamentos de California, título 8, § 9792.7 (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html))
- A partir del 1 de abril de 2026, obtenga y mantenga la acreditación URAC si su plan de UR modifica o niega el tratamiento.
- Asegúrese de que solo los médicos revisores nieguen o modifiquen el tratamiento en función de la necesidad médica.
- Realice un seguimiento preciso de las fechas de recepción de las solicitudes de autorización de compra (RFA) mediante sellos de fecha electrónicos.
- Cumplir con todos los plazos de respuesta: 5 días hábiles (prospectivo/concurrente), 72 horas (urgente), 30 días naturales (retrospectivo)

- Incluya todos los elementos obligatorios en las decisiones escritas de denegación o modificación.

Manejo de situaciones especiales

- Solicitudes de autorización de comercialización (RFA) reenviadas con cambios sustanciales en los hechos: después del 1 de abril de 2026, estas no se pueden aplazar. Envíelas inmediatamente a un médico revisor.
- Solicitudes de autorización de examen aceleradas: enviar a un médico revisor en un plazo de 72 horas. No las procese según los plazos estándar y luego alegue que la designación de examen acelerado no fue aprobada.
- Solicitudes de autorización incompletas: devuélvalas dentro de los 5 días hábiles marcadas como "no completas" con razones específicas, o aceptar como completado y comenzar UR

Parte 15: Derechos y recursos para los trabajadores lesionados

Esta sección explica lo que los trabajadores lesionados deben saber sobre el proceso de RFA y sus opciones si se les niega el tratamiento.

Sus derechos básicos

- Su médico tratante debe enviar una solicitud de autorización de reembolso a la compañía de seguros de su empleador para obtener tratamiento aprobado
- La compañía de seguros debe responder dentro de los plazos establecidos (normalmente 5 días hábiles).
- Solo un médico con licencia puede denegar su tratamiento por falta de necesidad médica; una persona que no sea médico no puede hacerlo. tomar esa decisión
- En caso de emergencia, usted tiene derecho a recibir tratamiento inmediato sin necesidad de autorización.

Si le niegan el tratamiento

- Usted (o su abogado) puede solicitar una Revisión Médica Independiente dentro de los 30 días calendario posteriores a la recepción del informe. negación
- El proceso IMR es gratuito y proporciona una revisión por parte de un médico independiente.
- Si el revisor de IMR está de acuerdo en que su tratamiento es necesario, la compañía de seguros debe autorizarlo dentro de 5 días hábiles
- Si su condición ha empeorado o cambiado, su médico puede volver a enviar la RFA con la documentación de la cambios

Si usted tiene un abogado

Si cuenta con un abogado especializado en compensación laboral, este podrá ayudarle a comprender el proceso de IMR, impugnar las denegaciones indebidas y garantizar que el administrador de reclamaciones cumpla con todos los plazos. Si no cuenta con representación legal y tiene preguntas, puede comunicarse con la Unidad de Información y Asistencia de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>) para obtener ayuda gratuita.

Importante: No puede acudir directamente a los tribunales ni a la WCAB para impugnar la necesidad médica de un tratamiento. La IMR es su única opción para las disputas sobre la necesidad médica. Esto se confirmó en el caso Illinois Midwest Insurance Agency LLC v. WCAB (Rodríguez) (Tribunal de Apelaciones de California, 2.º Distrito, 10 de noviembre de 2025).

Parte 16: Resumen de los plazos clave de cumplimiento

Esta tabla resume las fechas límite más importantes a fecha de 27 de febrero de 2026.

Acción	Plazo límite:	¿Quién es el responsable?
El administrador de reclamaciones responde a las reclamaciones prospectivas/concurrentes. RFA	5 días hábiles	Administrador de reclamaciones
El administrador de reclamaciones responde a la solicitud de autorización de trámite acelerado.	72 horas 30	Administrador de reclamaciones
El administrador de reclamaciones responde a la solicitud de propuestas retroactiva.	días naturales 24 horas	Administrador de reclamaciones
Notificación inicial de denegación por teléfono/fax/correo electrónico	después de la decisión 24 horas	Administrador de reclamaciones
Notificación de denegación por escrito (revisión simultánea)	después de la decisión 2 días	Administrador de reclamaciones
Notificación de denegación por escrito (revisión prospectiva)	hábiles después de la decisión	Administrador de reclamaciones
Notificación de denegación por escrito (revisión acelerada)	72 horas desde la recepción de la solicitud de autorización de pago.	Administrador de reclamaciones.
Solicitud de revisión médica independiente	30 días naturales después de denegación	Trabajador lesionado / Doctor
Presentación de solicitudes ante el IMR para disputas relacionadas únicamente con medicamentos (después del 1 de abril de 2026)	10 días naturales después de denegación	Trabajador lesionado / Doctor
Cumplimiento de la acreditación URAC	1 de abril de 2026	Operadores del Plan UR
Nueva presentación tras la denegación de la solicitud de revisión de utilización (cambio sustancial de los hechos)	Dentro de los 12 meses posteriores a la denegación	Médico tratante

Referencias

- Formulario RFA (Solicitud de autorización) de la DWC, versión 01/2014 (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf) – División de Compensación para Trabajadores de California.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.6 – Estándares de revisión de utilización – Definiciones (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_6.html) – Código de reglamentos de California.
- Código Laboral de California § 4610 – Proceso de Revisión de Utilización (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>) – Código Laboral de California (Justia).
- Formulario de solicitud de autorización – Servicios médicos de compensación laboral (<http://workcompmedical.com/wp-content/uploads/2024/10/RFA-FORM-2014-NEW.pdf>) – Servicios médicos de compensación laboral.
- Instrucciones del formulario RFA de DWC (<https://www.employers.com/wp-content/uploads/authorization-request-form-california.pdf>) – Employers Holdings, Inc.
- Sullivan on Comp, Revisión acelerada de solicitudes de tratamiento revisada (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-of-requests-for-treatment-revisited>) – Sullivan Attorneys.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9.1 – Estándares de revisión de utilización – Plazo, procedimientos y notificación (<https://www.dir.ca.gov/t8/979291.html>) – Código de reglamentos de California.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785.5 – Formulario de solicitud de autorización (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.5>) – Código de Reglamentos de California.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.6.1 – Estándares de revisión de utilización – Definiciones (a partir del 1 de enero de 2013) (<https://www.dir.ca.gov/t8/979261.html>) – Código de Reglamentos de California.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.7 – Normas de revisión de utilización – Aplicabilidad (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html) – Código de Reglamentos de California.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.12 – Tabla de sanciones administrativas para la revisión de utilización (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html) – Código de reglamentos de California.
- Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.9 – Estándares de revisión de utilización – Plazo, procedimientos (anterior a 2013) (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html) – Código de reglamentos de California.
- daisyBill, Solicitud de Autorización para Tratamiento de Emergencia en la Compensación Laboral de California (<https://kb.daisybill.com/topics/authorization-treatment>) – Base de Conocimientos de daisyBill.
- URAC – Acreditación de Gestión de Utilización de Compensación para Trabajadores (<https://www.urac.org/accreditation-cert/workers-compensation-utilization-management-accreditation/>) – URAC.
- Enlyte, Actualizaciones de la normativa de revisión de utilización de California con vigencia a partir del 1 de abril de 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>) – Enlyte.

16. DWC Newsline 2025-125 – OAL aprueba las regulaciones UR propuestas por DWC (30 de diciembre de 2025) (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-125.html>) – California DIR.
17. DWC Newsline 2026-06 – DWC publica los resultados de las investigaciones UR completadas para 2025 (16 de enero de 2026) (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2026/2026-06.html>) – California DIR.
18. daisyBill, Solicitud de autorización y UR (<https://kb.daisybill.com/articles/t-request-for-authorization>) – Base de conocimientos de daisyBill.
19. daisyBill, Más preguntas respondidas sobre la solicitud de autorización (RFA) (<https://blog.daisybill.com/more-questions-answered-for-request-for-authorization-rfa-rfa-expiration-incomplete-rfa-verbal-authorization-and-2016-changes>) – Blog de daisyBill.
20. Preguntas frecuentes de la DWC sobre la revisión de utilización para administradores de reclamaciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_fa_q.htm) – División de Compensación para Trabajadores de California.
21. Revisión Médica Independiente (IMR) de la DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>) – División de Compensación para Trabajadores de California.
22. Preguntas frecuentes sobre la revisión médica independiente de la DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm) – División de Compensación para Trabajadores de California.
23. Cal. Code Regs. tit. 8, § 9792.10.1 – Procedimientos de revisión médica independiente (<https://www.dir.ca.gov/t8/9792101.html>) – Código de Reglamentos de California.
24. Sullivan on Comp, el Tribunal de Apelaciones del 2.º Distrito rechaza la excepción de Patterson a UR/IMR (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/2nd-district-court-appeal-rejects-patterson-exception-ur-imr>) – Sullivan Attorneys (discutiendo Illinois Midwest Insurance Agency LLC v. WCAB (Rodríguez), Cal. Ct. Apelación, 2.º Distrito, 10 de noviembre de 2025).
25. Mario Ramirez v. DESCONOCIDO, ADJ15193432 (Decisión del Panel WCAB 2025) (<https://www.dir.ca.gov/wcab/Panel-Decisions-2025/Mario-RAMIREZ-ADJ15193432.pdf>) – WCAB de California.
26. Khanuja Law, Actualización legal: Revisión de utilización (https://www.khanujalaw.com/legal_news/legal-update-utilization-review/) – Khanuja Law.
27. daisyBill, 3 datos sobre la autorización automática para la compensación laboral (<https://blog.daisybill.com/3-facts-about-automatic-authorization-for-workers-compensation>) – Blog de daisyBill.
28. daisyBill, Cómo apelar una autorización automática pero una factura denegada (<https://blog.daisybill.com/automatic-authorization-denied-bill-how-to-appeal-denial>) – Blog de daisyBill.
29. daisyBill, Autorización 2018: Nuevas fechas límite de facturación y RFA (<https://blog.daisybill.com/authorization-2018-new-billing-rfa-deadlines>) – Blog de daisyBill.
30. Código Laboral de California § 5402(c) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4600/>) – Código Laboral de California (Justia).
31. Código Laboral de California § 4610.5 – Revisión Médica Independiente (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610.5/>) – Código Laboral de California (Justia).
32. daisyBill, Justo a tiempo: Requisitos de plazos para la revisión de utilización y la solicitud de propuestas (<https://blog.daisybill.com/just-in-time-rfa-and-utilization-review-timeframe-requirements>) – Blog de daisyBill.
33. Daily Journal, El Tribunal de Apelaciones restablece la cordura en las autorizaciones de tratamiento de compensación laboral (<https://www.dailyjournal.com/mcle/1781-court-of-appeal-restores-sanity-to-workers-comp-treatment-authorizations>) – Daily Journal (que analiza Patterson v. The Oaks Farm (2014) 79 CCC 910).
34. daisyBill, \$10,000 Tratamiento Autorizado Antes de Que la Reclamación Sea Aceptada o Denegada (<https://blog.daisybill.com/fyi-10k-treatment-authorized-before-claim-accepted-or-denied>) – Blog de daisyBill.
35. Programa de utilización de tratamientos médicos de DWC (MTUS) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>) – División de Compensación para Trabajadores de California.

Análisis legal: Solicitud de California para Procedimientos y cumplimiento de la autorización (RFA) Requisitos

(PARTE B: ANÁLISIS JURÍDICO)

Generado por: Asistente Legal de IA

Facilitado por: El bufete de abogados de Fernando Hidalgo, Inc.

26 de febrero de 2026

La información proporcionada mediante este análisis con inteligencia artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoramiento legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse un sustituto del asesoramiento de un abogado cualificado.

Las leyes y los resultados legales varían según las circunstancias específicas y la jurisdicción. Si necesita asesoramiento adaptado a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

Requisitos

Resumen ejecutivo

La Solicitud de Autorización para Tratamiento Médico, designada como Formulario RFA de DWC bajo el Código de Regulaciones de California, Título 8, Sección 9785.5, es el formulario estandarizado obligatorio para iniciar el proceso de revisión de utilización en las reclamaciones de compensación laboral de California[1]. A partir del 27 de febrero de 2026, el sistema RFA de California opera bajo la Sección 4610 del Código Laboral y las regulaciones de implementación en el Título 8 CCR Sección Sec. Sec. 9792.6.1 a 9792.9.1. Las actualizaciones regulatorias significativas vigentes a partir del 1 de abril de 2026 han remodelado los procedimientos RFA, introduciendo plazos más estrictos para la aprobación del plan, ampliando los motivos para la reenvío después de la denegación y aumentando las sanciones de cumplimiento para las violaciones de los revisores no médicos[39]. Los médicos tratantes deben entender que una RFA completa requiere (1) identificación del empleado y del proveedor, (2) especificidad con respecto al tratamiento recomendado y (3) documentación médica adjunta que justifique la necesidad médica[2][43]. Los administradores de reclamaciones se enfrentan a plazos de respuesta estrictos: cinco días hábiles para solicitudes prospectivas o concurrentes, 72 horas para solicitudes aceleradas y 30 días naturales para solicitudes retrospectivas[10][31].

El nuevo marco regulatorio elimina las ambigüedades previas con respecto a la reenvío después de la denegación cuando cambian los hechos materiales, y ahora exige que dichas solicitudes sean revisadas por médicos revisores y no puedan aplazarse[39]. El incumplimiento conlleva sanciones administrativas crecientes que van desde \$50 por instancia hasta \$50,000 por fallas estructurales del plan UR[25][25]. El sistema refleja la intención legislativa de California de eliminar las determinaciones de necesidad médica de los tribunales y ponerlas exclusivamente en manos de los profesionales médicos, como lo confirma la reciente autoridad de apelación que rechaza las excepciones para disputas de "tratamiento continuo"[53].

I. Introducción y contexto fundamental

La estructura de autorización de tratamientos médicos del sistema de compensación laboral de California representa un cambio legislativo deliberado, promulgado a través del Proyecto de Ley del Senado 863 (vigente desde el 1 de enero de 2013), para reemplazar los costosos litigios sobre la necesidad médica con un proceso de revisión administrativa llevado a cabo por profesionales médicos. La RFA sirve como documento de entrada para iniciar este proceso. Comprender los requisitos de la RFA es fundamental para los médicos tratantes que buscan autorización para prestar servicios médicos, los administradores de reclamaciones que establecen procedimientos de revisión de utilización conformes a la normativa, los trabajadores lesionados que gestionan los procesos de aprobación de tratamientos y los proveedores médicos que garantizan el reembolso oportuno. Este análisis aborda el marco procedimental, las obligaciones de cumplimiento, los recientes avances regulatorios y las consideraciones estratégicas para todas las partes interesadas dentro del ecosistema de la RFA.

II. Marco jurídico: Autoridad legal y fundamentos regulatorios

A. Autoridad legal

La Sección 4610 del Código Laboral establece el mandato fundamental para la revisión de la utilización y los procedimientos de RFA. Según la Sección 4610(a) del Código Laboral, la revisión de utilización se define como "funciones de revisión o gestión de utilización que revisan y aprueban, modifican, retrasan o niegan de manera prospectiva, retrospectiva o concurrente, basándose total o parcialmente en la necesidad médica para curar y aliviar, las recomendaciones de tratamiento de los médicos, según se define en la Sección 3209.3, antes, retrospectiva o concurrente con la prestación de servicios de tratamiento médico de conformidad con la Sección 4600" [3][3] La Sección 4610(b) del Código Laboral exige que "[e]l empleador deberá establecer un proceso de revisión de utilización en cumplimiento de esta sección, ya sea directamente o a través de su aseguradora o una entidad con la que un empleador o aseguradora contrate para estos servicios" [3][3] Fundamentalmente, la Sección 4610(e) del Código Laboral dispone que "[n]inguna persona que no sea un médico con licencia que sea competente para evaluar los problemas clínicos específicos involucrados en los servicios de tratamiento médico, y cuando estos servicios estén dentro del alcance de la práctica del médico, solicitados por el médico, puede modificar, retrasar, o denegar solicitudes de autorización de tratamiento médico por razones de necesidad médica para curar y aliviar." [3][3][3] Esta restricción exclusiva para médicos representa una limitación crítica a la autoridad de los revisores no médicos.

La Sección 4610(g)(2) del Código Laboral aborda los plazos de revisión acelerados, exigiendo que cuando "la condición del empleado sea tal que enfrente una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitándose a, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, o el plazo normal para el proceso de toma de decisiones, como se describe en el párrafo (1), sería perjudicial para la vida o la salud del empleado o podría poner en peligro su capacidad para recuperar la máxima función", las decisiones de revisión de utilización "se tomarán de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la condición del empleado, pero sin exceder las 72 horas después de la recepción de la información razonablemente necesaria para tomar la determinación" [3][7][3] Labor

La Sección 4610(k) del Código establece el período de vigencia de doce meses para las denegaciones de UR, y dispone que "[u]na decisión de revisión de utilización para modificar o denegar una recomendación de tratamiento permanecerá vigente durante 12 meses a partir de la fecha de la decisión sin que el empleador deba tomar ninguna otra medida con respecto a una recomendación posterior del mismo médico para el mismo tratamiento, a menos que la recomendación posterior esté respaldada por un cambio documentado en los hechos relevantes para la base de la decisión [UR]".[3][3][19]

La Sección 4610(c) del Código Laboral establece la autorización automática para ciertos tratamientos, eximiendo tratamientos específicos de la revisión de utilización prospectiva cuando se realizan dentro de los 30 días posteriores a la lesión por un médico de la red y de conformidad con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos[14][26][28]. La Sección 5402(c) del Código Laboral establece que los empleadores siguen siendo responsables de hasta \$10,000 en costos de tratamiento médico mientras se toman decisiones sobre la responsabilidad, lo que garantiza que los trabajadores lesionados reciban tratamiento inicial independientemente del estado de aceptación del reclamo[47].

B. Marco regulatorio

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9785.5 especifica el Formulario RFA oficial de DWC (versión vigente desde febrero de 2014, con componentes actualizados hasta 2025) y establece que los médicos tratantes deben usar el formulario aprobado actual para solicitar autorización[1][6][1][43]. Los componentes obligatorios del formulario incluyen información del empleado (nombre, fecha de la lesión, fecha de nacimiento, número de reclamo, empleador), información del médico solicitante (nombre, práctica, dirección, número NPI, especialidad), información del administrador de reclamos, diagnóstico específico con código ICD, servicio solicitado con código CPT/ HCPCS, información de frecuencia/duración/cantidad, firma del médico solicitante y sección de respuesta del administrador de reclamos[1][4][6][1].

El Título 8, Sección 9792.6.1 del Código de Reglamentos de California proporciona definiciones exhaustivas aplicables a los procedimientos RFA. La regulación define "Autorización" como "garantía de que se realizará el reembolso apropiado para un curso específico aprobado de tratamiento médico propuesto para curar o aliviar los efectos de la lesión industrial de conformidad con la sección 4600 del Código Laboral, sujeto a las disposiciones de la sección 5402 del Código Laboral, con base en una 'Solicitud de Autorización' completa, Formulario RFA de DWC, según lo contenido en el Código de Regulaciones de California, título 8, sección 9785.5, o una solicitud de autorización de tratamiento médico aceptada como completa por el administrador de reclamaciones bajo la sección 9792.9.1(c)(2), que ha sido transmitida por el médico tratante al administrador de reclamaciones".[51] La regulación define "Completado", para los fines del cumplimiento de RFA y las investigaciones de sanciones, como "que la solicitud de autorización debe identificar tanto al empleado como al proveedor, identificar con especificidad un tratamiento o tratamientos recomendados, y estar acompañada de documentación que justifique la necesidad del tratamiento solicitado".[43][51]

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6 define "Revisión acelerada" como "una revisión de utilización realizada cuando la condición del trabajador lesionado es tal que enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitándose a, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, o cuando el plazo normal para el proceso de toma de decisiones sería perjudicial para la vida o la salud del trabajador lesionado o podría poner en peligro su capacidad permanente para recuperar la máxima función".[5]

El Título 8, Sección 9792.7 del Código de Reglamentos de California establece los requisitos del plan de revisión de utilización. Todos los administradores de reclamaciones deben "establecer y mantener un proceso de revisión de utilización" con un plan escrito presentado ante el Director Administrativo[18][31]. El plan debe incluir el nombre, la dirección, el número de teléfono y el número de licencia médica del director médico; una descripción del proceso de revisión de la solicitud; criterios específicos utilizados en la toma de decisiones de conformidad con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos; cualificaciones y funciones del personal de UR; y una descripción de los procesos de autorización previa, si corresponde[18][31]. Es fundamental que, a partir del 1 de abril de 2026, los planes de UR que modifiquen o denieguen el tratamiento deben proporcionar prueba de la Acreditación de Gestión de Utilización de Compensación Laboral de URAC[37][37]. Los revisores que no son médicos solo pueden aprobar solicitudes o solicitar información adicional; no pueden modificar ni denegar autorizaciones con base en la necesidad médica[18][31][31][31].

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 establece plazos procesales críticos y requisitos de notificación. Para revisiones prospectivas y concurrentes, "las decisiones para aprobar, modificar, retrasar o denegar una solicitud de autorización se tomarán de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la condición del trabajador lesionado, sin exceder los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de recepción del Formulario RFA de la DWC completo".[10][10][10] Para revisiones aceleradas, las decisiones deben tomarse "de manera oportuna y apropiada para la condición del trabajador lesionado, sin exceder las 72 horas después de la recepción de la información escrita razonablemente necesaria para tomar la determinación".[10][10][10][10] Para revisiones retrospectivas, las decisiones deben tomarse

"dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud de autorización e información médica que sea razonablemente necesaria para tomar una decisión." [10][10][54] Las decisiones que modifiquen, retrasen o denieguen el tratamiento deben comunicarse inicialmente por teléfono, fax o correo electrónico dentro de las 24 horas siguientes a la decisión, seguidas de una notificación por escrito dentro de las 24 horas para la revisión concurrente, dos días hábiles para la revisión prospectiva y 72 horas para la revisión acelerada [10][10][31][10].

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.5 (vigente a partir del 1 de abril de 2026) establece que cuando un médico solicitante indica expresa e inequívocamente en la RFA que ha habido un cambio en los hechos materiales a la base de una denegación previa de UR e incluye documentación de dicho cambio, la RFA "no puede ser aplazada" y "debe ser revisada por un médico revisor, y cualquier modificación o denegación de la solicitud debe cumplir con los requisitos aplicables" [37][37][37] Esto representa una expansión significativa de los derechos de reenvío en comparación con la práctica anterior [30].

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.12 establece un programa de sanciones administrativas con montos que van desde \$50 por instancia por no notificar sobre información incompleta (\$50 de multa por instancia) hasta \$50,000 por no establecer un plan de UR que cumpla con [25][25]. Los principales desencadenantes de sanciones incluyen no responder a RFA completas a tiempo (\$1,000 para prospectivas, \$2,000 para concurrentes, \$500 para retrospectivas, por infracción) [25][25], no emplear o designar a un director médico calificado (\$50,000) [25][25] y no comunicar decisiones aceleradas a tiempo (\$15,000) [25][25].

III. Panorama jurídico actual: novedades normativas y resoluciones recientes (2025-2026)

A. Enmiendas reglamentarias del 1 de abril de 2026 (finalizadas el 30 de diciembre de 2025)

El 30 de diciembre de 2025, la Oficina de Derecho Administrativo de California aprobó la División de Trabajadores. Reglamento de revisión de utilización propuesto por Compensation con fecha de entrada en vigor el 1 de abril de 2026 [39]. Estas enmiendas modifican significativamente los procedimientos de RFA y las obligaciones de cumplimiento.

Cambios clave en las definiciones y la terminología de RFA: Las regulaciones eliminan la definición de "Retraso" y amplían la definición de "Solicitud de autorización" para reemplazar la frase "el formulario RFA de DWC" por "solicitud de autorización", lo que permite formatos de envío más flexibles sin dejar de mantener los requisitos sustantivos [37][37]. La definición de "Curso de tratamiento" se ha actualizado para aclarar que las recomendaciones de tratamiento previas siguen formando parte del análisis de RFA [37].

Nueva presentación después de la denegación y cambios en los hechos materiales: el cambio más significativo se refiere a la regla de aplazamiento de doce meses de la Sección 4610(k) del Código Laboral. La nueva Sección 9792.9.5 establece explícitamente que "una solicitud de autorización de tratamiento para la cual la UR estaría excluida de otro modo bajo la sección 4610(k) del Código Laboral no puede diferirse si el médico solicitante indica u opina expresa e inequívocamente en la solicitud de tratamiento que ha habido un cambio en los hechos materiales a la base de la denegación previa de dicho mismo tratamiento e incluye documentación de dicho cambio" [37][37][37]. Fundamentalmente, "Dicha solicitud debe ser revisada por un médico revisor, y cualquier modificación o denegación de la solicitud debe cumplir con los requisitos aplicables establecidos en la sección 9792.9.1" [37][37][37]. Este cambio revierte la jurisprudencia anterior que sugería que los demandados podían ignorar las RFA reenviadas dentro de los doce meses simplemente marcando una casilla, y ahora requiere una revisión sustantiva a nivel médico siempre que se aleguen cambios materiales documentados [19][30][48].

Solicitud del Plan RFA y Acreditación URAC: La nueva Sección 9792.7.1 incorpora el Formulario DWC UR-01 ("Solicitud o Modificación del Plan de Revisión de Utilización", vigente desde marzo de 2025) como el formulario de solicitud obligatorio para los planes UR [37][37]. Es fundamental que "los planes UR que modifiquen o nieguen el tratamiento deben proporcionar prueba de la Acreditación URAC para la Gestión de la Utilización de la Compensación Laboral" antes de operar [37][37]. El incumplimiento de este requisito de acreditación conlleva sanciones obligatorias y la posible suspensión o revocación del plan [37][37][37].

Extensiones y aprobaciones del cronograma del plan UR: Las regulaciones agregan un período de extensión de 60 días después del período de revisión inicial de 60 días para los planes UR, con aprobación provisional si el Director Administrativo no toma ninguna medida antes del día 120 [37][37][37]. Esto brinda a las organizaciones tiempo adicional para abordar las deficiencias de cumplimiento. El plazo de apelación para los planes rechazados o denegados se ha incrementado del período anterior a 25 días [37][37].

Procedimientos mejorados para RFA incompletas: Al recibir una solicitud que no cumpla con la definición de "solicitud completa de autorización", "un administrador de reclamaciones, un revisor no médico según lo permitido o un revisor médico debe aceptar la solicitud como una solicitud completa de autorización y cumplir con los procedimientos

requisitos o marcarlo como "incompleto" y devolverlo al médico solicitante, especificando los motivos de la devolución de la solicitud, a más tardar cinco días hábiles después de su recepción." [37][37] Esta aclaración acelera la retroalimentación a los proveedores con respecto a la documentación faltante.

Aclaración sobre la autoridad de los revisores no médicos: Las regulaciones aclaran que los revisores no médicos "pueden aprobar las solicitudes de autorización de servicios médicos" y "pueden discutir los criterios aplicables con el médico solicitante", pero explícitamente no pueden "modificar o denegar las solicitudes de autorización de tratamiento médico por razones de necesidad médica para curar o aliviar". [18][37][37][31] Un revisor no médico tampoco puede denegar las solicitudes de autorización cuando "falta información/pruebas/consulta necesarias"; solo los revisores médicos pueden hacer tales denegaciones [37][37]. Esto representa una codificación importante de la autoridad exclusiva de los médicos que algunos administradores habían interpretado previamente de manera más amplia [18].

Aprobaciones del Formulario de Medicamentos: Para las aprobaciones de solicitudes de autorización de medicamentos exentos en el Formulario de Medicamentos, "la decisión escrita que aprueba la solicitud debe indicar 'Exento según el Formulario de Medicamentos de MTUS' o palabras de ese efecto y significado" [37][37] Para las aprobaciones de tratamientos no farmacológicos exentos bajo la exención de 30 días, la decisión escrita debe identificar la exención como "exención de 30 días" o palabras de ese efecto y significado" [37][37] Esta mayor transparencia evita disputas posteriores sobre si el tratamiento fue realmente autorizado o simplemente aprobado sin UR.

Documentación del médico revisor cuando el solicitante impugna las directrices: Cuando "el médico solicitante ha opinado expresamente que el tratamiento o los criterios prerrequisito, según lo recomendado en las directrices de tratamiento aplicables, deben pasarse por alto o son irrelevantes para el tratamiento solicitado, el médico revisor debe proporcionar una explicación de por qué la explicación del médico solicitante es insuficiente" [37][37][37] Este requisito evita las denegaciones superficiales cuando los proveedores cuestionan la aplicabilidad de las directrices y obliga a un compromiso sustantivo con los argumentos médicos.

Criterios y documentación de autorización automática de 30 días: Las regulaciones especifican requisitos detallados para que el tratamiento califique para la autorización automática (30 días después de la lesión, proveedor MPN, consistente con MTUS, responsabilidad aceptada). Las regulaciones ahora requieren expresamente que "todos los tratamientos o servicios que se prevé brindar al trabajador lesionado en los primeros 30 días después de la fecha de la lesión, incluidos los medicamentos exentos recetados al trabajador lesionado bajo el Formulario de Medicamentos MTUS, se establezcan en una solicitud de autorización proporcionada al administrador de reclamos" y "[e]l formulario debe enviarse al administrador de reclamos simultáneamente con el Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional" [37][37][37] Esto aclara que la autorización automática requiere una planificación y documentación detalladas por adelantado.

Marco de sanciones ampliado: Las regulaciones establecen nuevas sanciones monetarias por no obtener la aprobación del Director Administrativo para los planes de revisión de utilización antes de su operación; no obtener o mantener la acreditación URAC; no garantizar que solo los médicos revisores modifiquen o denieguen las solicitudes de tratamiento por motivos de necesidad médica; y no garantizar que solo los médicos revisores denieguen las solicitudes de autorización cuando falte la información, las pruebas o la consulta necesarias [37][37]. Esto representa mecanismos de aplicación significativamente ampliados en comparación con los procedimientos de 2025.

B. Jurisprudencia reciente en apelación sobre procedimientos de ablación por radiofrecuencia y tratamiento en curso.

El 10 de noviembre de 2025, el Tribunal de Apelaciones de California, Segundo Distrito, emitió su decisión publicada en Illinois Midwest Insurance Agency LLC v. WCAB (Rodríguez), un fallo histórico que aclara la finalidad de la RFA y la revisión de utilización [53]. El tribunal rechazó la dependencia previa de la WCAB en Patterson v. The Oaks Farm (2014) 79 CCC 910, que había creado una excepción a la revisión de utilización para disputas de tratamiento "en curso" o "continuas" [50][53]. El tribunal Rodríguez sostuvo que "Todo el marco estatutario evidencia un propósito legislativo claro: eliminar las determinaciones de necesidad médica de la WCAB y los tribunales y poner tales decisiones exclusivamente en manos de los profesionales médicos". [53] Aplicando este principio, el tribunal encontró "ninguna base estatutaria para una excepción de 'tratamiento continuo' al proceso UR/IMR" y sostuvo que "[p]or cualquier disputa sobre necesidad médica que surja de una decisión UR, IMR es el único y exclusivo remedio". [53] Esta decisión elimina una estrategia de defensa anterior para los trabajadores lesionados que buscaban preservar el tratamiento continuo sin someterse a la revisión de utilización, reforzando efectivamente el monopolio procesal RFA/UR/IMR sobre todas las disputas de necesidad médica [53].

C. Decisiones recientes del panel de la WCAB sobre la nueva presentación y los hechos relevantes

La Decisión del Panel de la WCAB en Mario Ramirez v. UNKNOWN, ADJ15193432 (2025) abordó los procedimientos para volver a presentar RFA dentro del plazo de doce meses establecido por la Sección 4610(k) del Código Laboral cuando el médico solicitante documenta cambios materiales en la condición clínica[30]. El panel sostuvo que "un cambio documentado en los hechos materiales para la base de la decisión UR original" puede anular el período de aplazamiento de doce meses, señalando que el propio formulario RFA contiene una casilla de verificación marcada como "Reenvío - Cambio en los hechos materiales" y que este mecanismo de procedimiento permite el reenvío cuando el deterioro clínico hace que la decisión UR anterior sea inaplicable[30]. El panel rechazó los argumentos de que el demandado podría ignorar el RFA reenviado como duplicado sin realizar una nueva revisión de utilización cuando el médico documentó expresamente cambios clínicos (en ese caso, pérdida de eficacia de inyecciones epidurales previas)[30]. Esta decisión proporcionó la autoridad fundamental para la codificación reglamentaria del 1 de abril de 2026 de los derechos de reenvío[30].

D. Actividad de auditoría y cumplimiento de la DWC (2025)

En enero de 2026, la División de Compensación para Trabajadores publicó los resultados de las investigaciones de revisión de utilización completadas para los administradores de reclamaciones auditados en 2025[23]. Las calificaciones de desempeño se basaron en puntuaciones compuestas que reflejaban fallas en (1) respuesta oportuna a las solicitudes de autorización, (2) deficiencias en el contenido de las notificaciones y (3) falta de notificación a todas las partes apropiadas con las decisiones de UR[23]. Una calificación de desempeño de revisión de utilización aprobatoria es del 85% o más[23]. Esta actividad de cumplimiento continuo demuestra el monitoreo activo de DWC del cumplimiento de UR y la voluntad de imponer sanciones por violaciones de procedimiento[23].

IV. Definición, tipos y marco de clasificación de procedimientos de RFA

A. ¿Qué constituye una Solicitud de Autorización (RFA)?

Según el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1(t), "[una] 'Solicitud de autorización' significa una solicitud escrita para un curso específico de tratamiento médico propuesto." [51] El reglamento especifica que, a menos que el administrador de reclamaciones acepte la solicitud como completa según la Sección 9792.9.1(c)(2), "una solicitud de autorización debe establecerse en una 'Solicitud de autorización (formulario DWC RFA)', completada por un médico tratante, según lo contenido en el Código de Reglamentos de California, título 8, sección 9785.5." [51] Cabe destacar que el reglamento utiliza el término "médico tratante" sin limitación a "médico tratante principal", lo que significa que los médicos secundarios, los terapeutas acreditados bajo el ámbito de práctica pertinente y otros proveedores no primarios autorizados para tratar dentro de una MPN pueden presentar RFA[41][43][41].

La RFA "debe estar firmada por el médico tratante y puede enviarse por correo postal, fax o correo electrónico a, si se designa, la dirección, el número de fax o la dirección de correo electrónico designados por el administrador de reclamaciones para este fin." [51] Por acuerdo de las partes, los médicos tratantes pueden presentar RFA "con una firma electrónica." [51]

Es fundamental que la normativa establezca que una solicitud "se considerará recibida por el administrador de reclamaciones o su organización de revisión de utilización por fax o correo electrónico en la fecha de recepción del formulario si la dirección de fax o correo electrónico receptora sella electrónicamente la transmisión al recibirla" [10] Si no se registra ninguna fecha sellada electrónicamente, "se considerará que la fecha de transmisión del formulario es la fecha de recepción del mismo" [10] Las transmisiones por fax recibidas después de las 17:30, hora del Pacífico, "se considerarán recibidas por el administrador de reclamaciones el siguiente día hábil, excepto en el caso de una revisión acelerada o concurrente". [10]

B. Cuatro tipos de RFA según el momento del servicio

La ley de California reconoce cuatro tipos de revisión de utilización según el momento en que se produce la revisión en relación con la prestación del tratamiento:

Revisión prospectiva: El Código de Regulaciones de California, Título 8, Sección 9792.6.1(s) define la revisión prospectiva como "cualquier revisión de utilización realizada, excepto la revisión de utilización realizada durante una estancia hospitalaria, antes de la prestación de los servicios médicos solicitados." [51] En la revisión prospectiva, el médico tratante presenta una RFA antes de proporcionar el tratamiento, buscando autorización antes de proceder [14][14]. El administrador de reclamaciones debe responder dentro de cinco días hábiles [10][10][10]. La revisión prospectiva representa el procedimiento RFA estándar y se aplica cuando el tratamiento aún no se ha prestado [10][31][54].

Revisión concurrente: El Código de Regulaciones de California, Título 8, Sección 9792.6.1(c) define la revisión concurrente como "revisión de utilización realizada durante una estancia hospitalaria." [51] En la revisión concurrente, un médico tratante solicita autorización mientras el paciente está hospitalizado para un tratamiento hospitalario continuo [10][10][10]. Al igual que la revisión prospectiva

Las decisiones de revisión concurrente deben tomarse dentro de los cinco días hábiles y comunicarse dentro de las 24 horas, pero el marco legal contempla explícitamente que la atención médica no se interrumpirá hasta que el empleado y el médico estén de acuerdo en un plan de atención apropiado[3][3]. La revisión concurrente se aplica con mayor frecuencia al tratamiento hospitalario y a la rehabilitación de pacientes internados[10].

Revisión retrospectiva: El Código de Regulaciones de California, Título 8, Sección 9792.6.1(u) define la revisión retrospectiva como "revisión de utilización realizada después de que se hayan proporcionado servicios médicos y para la cual no se haya otorgado aprobación previamente".[51] En la revisión retrospectiva, el médico tratante presenta una RFA después de que se haya brindado el tratamiento, ya sea porque el proveedor no solicitó autorización previa o porque el tratamiento se brindó de manera urgente[14][10][14]. Las decisiones de revisión retrospectiva deben tomarse dentro de los 30 días calendario, no días hábiles, lo que brinda a los administradores de reclamos más flexibilidad[10][10][54]. La revisión retrospectiva es obligatoria para los servicios médicos de emergencia, ya que la falta de obtención de autorización previa no puede ser la base para negar el pago por tratamiento de emergencia[14][10][14][3].

Revisión acelerada: El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1(j) define la revisión acelerada como "la revisión de utilización realizada cuando la condición del trabajador lesionado es tal que el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitado a, la posible pérdida de la vida, extremidad u otra función corporal importante, o el plazo normal para el proceso de toma de decisiones sería perjudicial para la vida o la salud del trabajador lesionado o podría poner en peligro la capacidad permanente del trabajador lesionado para recuperar la función máxima".[51] La revisión acelerada puede ser prospectiva o concurrente, pero debe completarse dentro de las 72 horas de la recepción de la información necesaria[10][10][10][10]. El médico solicitante "debe certificar por escrito y documentar la necesidad de una revisión acelerada al presentar la solicitud", y una solicitud que no esté "razonablemente respaldada por evidencia" debe revisarse bajo los plazos prospectivos o concurrentes estándar[10][10][10].

C. Categorías especiales de RFA

Nuevas solicitudes vs. reenvíos RFA: El formulario RFA de DWC contiene una casilla de verificación que permite al médico solicitante designar la presentación como "Nueva solicitud" o "Reenvío - Cambio en hechos materiales".[1][1] Un reenvío es "apropiado si los hechos que proporcionaron la base para la decisión inicial de revisión de utilización han cambiado posteriormente de tal manera que la decisión ya no es aplicable a la condición actual del empleado".[1][1][30] La casilla de verificación de reenvío incluye un requisito de que el médico "[i]ncluya documentación que respalde su reclamo" de hechos cambiados[1][1]. A partir del 1 de abril de 2026, dichos reenvíos no pueden diferirse bajo la Sección 4610(k) del Código Laboral cuando el médico documenta expresamente cambios materiales[37][37][37].

Solicitudes de revisión acelerada: El formulario también contiene una casilla de verificación para "[e]revisión acelerada: Marque esta casilla si el empleado enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud".[1][1][4] Una solicitud de revisión acelerada debe estar respaldada por documentación que justifique la condición del empleado[1][1][7]. Si la solicitud no está razonablemente respaldada por evidencia, el administrador de reclamos puede procesarla bajo los plazos estándar en lugar de los 72-marco acelerado de horas[7][10][10].

Confirmación escrita de la solicitud oral: El formulario incluye una casilla de verificación para "[l]a solicitud es una confirmación escrita de una solicitud oral previa".[1][1] La Sección 4610(h) del Código Laboral permite a los médicos tratantes hacer solicitudes orales de autorización, las cuales deben ser "seguidas de una confirmación escrita de la solicitud dentro de las setenta y dos (72) horas".[5] Tanto la solicitud oral como la confirmación escrita deben contener justificación de la necesidad médica[5]. Según el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1(q), las solicitudes orales "deben ir seguidas de una confirmación escrita de la solicitud dentro de las setenta y dos (72) horas. Tanto la confirmación escrita de una solicitud oral como la solicitud escrita deben constar en el 'Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional', Formulario DLSR 5021, sección 14006, o en el Informe de Progreso del Médico Tratante Primario, Formulario DWC PR-2, según lo dispuesto en la sección 9785.2, o en forma narrativa que contenga la misma información requerida en el formulario PR-2."[5]

V. Requisitos para la cumplimentación de la RFA y estándares de documentación

A. Definición de RFA "Completada"

Según el Título 8, Sección 9792.6.1(t)(2) del Código de Reglamentos de California, una RFA "Completada", a efectos de investigaciones y sanciones por incumplimiento, significa que la solicitud de autorización debe:

Identifique tanto al empleado como al proveedor[51]

Identificar con especificidad un tratamiento o tratamientos recomendados[51]

Debe ir acompañada de documentación que justifique la necesidad del tratamiento solicitado[51]

Esta definición de tres partes ha sido aplicada consistentemente por la División de Compensación para Trabajadores en investigaciones de auditoría[23][31]. Cada elemento requiere especificidad: la identificación del empleado debe incluir el nombre del trabajador lesionado, fecha de nacimiento y número de reclamo; la identificación del proveedor debe incluir el nombre del médico tratante, número de licencia, número NPI y ubicación de la práctica; el tratamiento debe identificarse con suficiente especificidad para que un revisor pueda entender exactamente qué servicio o bien se está solicitando (no simplemente "manejo del dolor" sino más bien "inyección epidural de esteroides, lumbar, lado izquierdo, un solo nivel"); y la documentación debe sustentar tanto la necesidad médica como la idoneidad del tratamiento específico buscado[1][4][6][1].

B. Documentación requerida y complementaria para las solicitudes de propuestas

Las instrucciones del formulario DWC RFA especifican que los médicos tratantes deben "Adjuntar el Primer Informe del Médico sobre Lesión o Enfermedad Ocupacional, Formulario DLSR 5021, un Informe de Progreso del Médico Tratante, Formulario DWC PR-2, o un informe narrativo equivalente que justifique el tratamiento solicitado".[1][1][6] Las instrucciones también establecen que "[e]l Formulario DWC RFA debe contener toda la información necesaria para justificar la solicitud de autorización. Si la solicitud es para continuar un plan de tratamiento o terapia, adjunte documentación que indique el progreso, si corresponde".[1][6][1]

Para las solicitudes de tratamiento que no se ajustan al Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) o para afecciones no contempladas en el MTUS, "puede incluir evidencia científica publicada en revistas revisadas por pares y reconocidas a nivel nacional que recomienden el tratamiento médico o los servicios de diagnóstico específicos para justificar su solicitud".[1][6][1] Esta disposición permite a los médicos anular las recomendaciones del MTUS mediante una refutación basada en la evidencia, según lo permitido por el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.21.

El administrador de reclamaciones no puede exigir información más allá de lo que sea "razonablemente necesario" para hacer una determinación de revisión de utilización[3][3][31]. Según el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9(b)(2), "[s]i la información apropiada que es necesaria para emitir una decisión no se proporciona con la solicitud original de autorización, dicha información puede ser solicitada por un revisor o un revisor no médico dentro de los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de recepción de la solicitud escrita de autorización para hacer la determinación adecuada. En ningún caso la determinación se hará más de 14 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud original de autorización por parte del proveedor de atención médica."[12] Si la información no se recibe dentro de los 14 días para la revisión prospectiva o 30 días para la revisión retrospectiva, el administrador de reclamaciones puede denegar la solicitud con la condición de que se reconsiderará al recibir la información solicitada[10][10].

Fundamentalmente, según el Título 8, Sección 9792.9(n) del Código de Reglamentos de California, "[l]a autorización no puede denegarse por falta de información sin documentación que refleje un intento de obtener la información necesaria del médico o del proveedor de bienes o servicios identificados en la solicitud de autorización, ya sea por fax o correo postal".[12] Este requisito impide que los administradores de reclamaciones denieguen sumariamente las RFA sin antes solicitar documentación complementaria mediante intentos documentados.

C. Cumplimiento de la versión del formulario RFA

Los médicos tratantes deben usar el Formulario RFA de DWC vigente desde febrero de 2014[1][4][6][24][1][43]. La regulación establece específicamente: "[A]ntes del 1 de marzo de 2014, cualquier versión del Formulario RFA de DWC adoptada por el Director Administrativo bajo la sección 9785.5 puede ser utilizada por el médico tratante para solicitar tratamiento médico."[51] Esto significa que a partir del 1 de marzo de 2014, solo la versión actual (febrero de 2014) o las versiones posteriores autorizadas son válidas. El incumplimiento del requisito de la versión del formulario puede resultar en que el RFA sea devuelto como incompleto[24][43].

D. Requisitos de firma de RFA

La normativa establece que la RFA "debe estar firmada por el médico tratante".[51] Para el tratamiento proporcionado por un enfermero practicante o un asistente médico bajo la supervisión de un médico, "el médico supervisor y el PA/NP deben firmar la RFA con una firma original escrita a mano", según la guía de CWC[58].

Se permiten firmas electrónicas mediante acuerdo con el administrador de reclamaciones[51]. El requisito de firma es obligatorio y no se puede eximir; las RFA sin firmar se devolverán como incompletas[24][43][51].

VI. Obligaciones del administrador de reclamaciones y plazos de respuesta

A. Inicio del proceso de revisión de utilización

Según el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1, "[e]l proceso de revisión de utilización comienza cuando el administrador de reclamaciones recibe por primera vez el Formulario RFA de DWC completo, o una solicitud de autorización aceptada como completa según la sección 9792.9.1(c)(2), o en el caso de autorización previa, cuando el médico tratante cumple las condiciones descritas en el plan de revisión de utilización para autorización previa."[51]

Esto establece que el "reloj" para el plazo de decisión prospectiva de cinco días hábiles comienza en la fecha en que el administrador de reclamaciones (o la organización de revisión de utilización) recibe la RFA completa[10][10][31][31][10][54][31]. El sellado de fecha se vuelve fundamental para las disputas relacionadas con el cumplimiento de plazos estrictos[10][31][54].

B. Plazos estándar para la revisión prospectiva y concurrente

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(c)(3) exige que "[l]as decisiones prospectivas o concurrentes para aprobar, modificar, retrasar o denegar una solicitud de autorización se tomarán de manera oportuna y apropiada para la naturaleza de la condición del trabajador lesionado, sin exceder los cinco (5) días hábiles a partir de la fecha de recepción del Formulario DWC RFA completo."[10][10][10][54][10] El reglamento aclara que "[e]l primer día para contar cualquier requisito de plazo es el día después de la recepción del Formulario DWC RFA, excepto cuando el plazo se mide en horas. Siempre que el requisito de plazo se indique en horas, el tiempo para el cumplimiento se cuenta en horas a partir del momento de la recepción del Formulario DWC RFA."[10][10][10][10]

La División de Compensación para Trabajadores ha aclarado que "[l]as decisiones prospectivas o concurrentes deben tomarse dentro de los cinco días hábiles normales a partir de la fecha en que se recibió por primera vez la RFA por escrito, ya sea por el empleador, el ajustador de reclamos o la URO. La fecha de recepción, si es antes de las 5:30 p. m., se cuenta como día cero, y el día siguiente se cuenta como día 1."[31][31] Un "día hábil normal" no incluye sábados, domingos ni días festivos estatales[31][31]. "Si un día contado cae en sábado, domingo o día festivo, entonces el conteo se reanuda en el siguiente día hábil normal."[31][31]

Para los fines de la Sección 4610 del Código Laboral de California, los plazos de cinco días hábiles para la revisión prospectiva y concurrente son obligatorios, no indicativos[10][10][10]. El incumplimiento expone al administrador de reclamaciones a sanciones administrativas y puede invalidar la decisión de UR, dejando las determinaciones de necesidad médica a la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores[10][31][10][54].

C. Plazos de revisión acelerada

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(c)(4) exige que "[l]as decisiones prospectivas o concurrentes para aprobar, modificar, retrasar o denegar una solicitud de autorización relacionada con una revisión acelerada se tomarán de manera oportuna y apropiada a la condición del trabajador lesionado, sin exceder las 72 horas posteriores a la recepción de la información escrita razonablemente necesaria para tomar la determinación."[10][10][10][10] El reglamento especifica además que "[e]l médico solicitante debe certificar por escrito y documentar la necesidad de una revisión acelerada al presentar la solicitud."[10][10][10][10] Es importante destacar que "[u]na solicitud de revisión acelerada que no esté razonablemente respaldada por evidencia que establezca que el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud, o que el plazo para la revisión de utilización bajo la subdivisión (c)(3) sería perjudicial para la condición del trabajador lesionado, será revisada por el administrador de reclamos dentro del plazo establecido en la subdivisión (c)(3)." [10][10][10]

La WCAB ha proporcionado directrices que aclaran que las propias determinaciones de revisión acelerada se han convertido en objeto de disputas de UR. En un caso reciente, la Junta examinó si una RFA marcada para revisión acelerada estaba razonablemente respaldada por pruebas y sostuvo que revisar si una designación acelerada era apropiada es en sí misma una determinación médica que debe ser realizada por un médico revisor dentro del plazo de 72 horas[7]. Los administradores de reclamaciones no pueden simplemente ignorar las designaciones aceleradas ni aplazar la determinación para un procesamiento posterior[7].

D. Cronogramas de revisión retrospectiva

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(c)(5) requiere que "[l]as decisiones retrospectivas para aprobar, modificar, retrasar o denegar una solicitud de autorización se tomarán dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de autorización y la información médica que sea razonablemente necesaria para tomar una determinación." [10][10][54][10] Cabe destacar que este plazo se mide en días calendario, no en días hábiles, lo que brinda a los administradores de reclamaciones mayor flexibilidad que la revisión prospectiva [10][10][54]. La revisión retrospectiva se aplica normalmente cuando los proveedores presentan RFA después del tratamiento, ya sea porque no se solicitó autorización anticipada o porque se brindó atención de emergencia [14][10][14].

E. Comunicación de las decisiones de UR

Los requisitos para comunicar las decisiones de UR varían según el tipo de revisión. Para las revisiones prospectivas, concurrentes o aceleradas, "las aprobaciones se comunicarán al médico solicitante dentro de las 24 horas posteriores a la decisión, y se comunicarán inicialmente al médico solicitante por teléfono, fax o correo electrónico. La comunicación telefónica irá seguida de una notificación por escrito al médico solicitante dentro de las 24 horas posteriores a la decisión para la revisión concurrente y dentro de los dos (2) días hábiles para la revisión prospectiva". [10][10]

Para las decisiones de modificar, retrasar o denegar, "[u]na decisión de modificar, retrasar o denegar se comunicará al médico solicitante dentro de las 24 horas siguientes a la decisión, y se comunicará inicialmente al médico solicitante por teléfono, fax o correo electrónico. La comunicación telefónica irá seguida de una notificación por escrito al médico solicitante, al trabajador lesionado y, si el trabajador lesionado está representado por un abogado, al abogado del trabajador lesionado dentro de las 24 horas siguientes a la decisión para la revisión concurrente y dentro de los dos (2) días hábiles siguientes a la decisión para la revisión prospectiva y dentro de las 72 horas siguientes a la recepción de la solicitud para la revisión acelerada." [10][10][10][10]

Para la revisión retrospectiva, "[s]e deberá comunicarse una notificación por escrito al médico solicitante que prestó los servicios médicos y a la persona que recibió los servicios médicos, y a su abogado/designado, si corresponde." [10][10][10] No se impone un plazo específico para la comunicación inicial por teléfono/fax/correo electrónico en la revisión retrospectiva, solo el requisito de notificación por escrito dentro de los 30 días calendario [10][10][10].

VII. Tipos de decisiones de UR y requisitos de contenido de las decisiones escritas

A. Decisiones de aprobación

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(d) especifica que "[t]odas las decisiones para aprobar una solicitud de autorización deberán especificar la fecha específica en que se recibió la solicitud completa de autorización, el servicio de tratamiento médico solicitado, el servicio de tratamiento médico específico aprobado y la fecha de la decisión." [10][10][10] El reglamento permite a los administradores de reclamaciones aprobar las RFA a nivel de administrador de reclamaciones sin una revisión formal de utilización, siempre que la decisión de aprobación esté claramente documentada [10][10] [10]. La aprobación debe ser específica con respecto al tratamiento que se autoriza, por ejemplo, "fisioterapia, dos veces por semana durante cuatro semanas" en lugar de simplemente "fisioterapia", para evitar futuras disputas con respecto al alcance de la autorización [10][31][10][31].

Para los tratamientos aprobados en el formulario de medicamentos, "la decisión escrita que aprueba la solicitud debe indicar 'Exento según el Formulario de Medicamentos de MTUS' o palabras con ese efecto y significado", y para los tratamientos no farmacológicos aprobados bajo la exención de 30 días, la decisión debe identificar la exención como "Exención de 30 días' o palabras con ese efecto y significado". [37][37]

B. Decisiones de modificación, demora y denegación

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(e)(5) exige que las decisiones escritas que modifiquen, retrasen o denieguen la autorización de tratamiento se proporcionen al médico solicitante, al trabajador lesionado, al representante del trabajador lesionado y al abogado (si está representado), y deben incluir los siguientes elementos obligatorios [10][10][10]

La fecha en que se recibió por primera vez el formulario RFA de DWC [10][10][10]

La fecha en que se toma la decisión [10][10][10]

Una descripción del curso específico del tratamiento médico propuesto para el cual se solicitó autorización [10][10][10]

Una lista de todos los registros médicos revisados[10][10][10][31]

Una descripción específica del servicio de tratamiento médico aprobado, si lo hubiera[10][10][10][31]

Una explicación clara, concisa y apropiada de las razones de la decisión del administrador de reclamaciones, incluidas las razones clínicas con respecto a la necesidad médica y una descripción de los criterios o directrices médicas relevantes utilizados para llegar a la decisión[10][10][10][31]

Si la decisión se debe a información incompleta o insuficiente, se debe especificar el motivo y la información que se necesita[10][10][10][31]

Una declaración clara que informe al empleado lesionado que las disputas se resolverán de conformidad con las secciones 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral (revisión médica independiente) y que la objeción debe hacerse en la Solicitud de Revisión Médica Independiente adjunta (Formulario DWC IMR) dentro de los 30 días calendario[10][10][10]

Lenguaje obligatorio: "Tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamación. Si tiene preguntas sobre la información de este aviso, llámeme [insertar nombre del ajustador de reclamaciones] al [insertar número de teléfono]. Sin embargo, si está representado por un abogado, comuníquese con su abogado en lugar de conmigo." [10][10][10]

El nombre y la especialidad del revisor o revisor experto y el número de teléfono en los Estados Unidos del revisor[10][10][10][31]

Horario de disponibilidad del revisor o director médico para que el médico tratante discuta la decisión: mínimo de cuatro horas por semana durante el horario laboral habitual (de 9:00 a 17:30, hora del Pacífico).

Tiempo[10][10][10][12][31]

La omisión de incluir cualquier elemento requerido somete al administrador de reclamaciones a sanciones administrativas que van desde \$50 hasta \$500 por infracción, dependiendo del elemento específico omitido[25][25].

C. Aplazamiento de la revisión de utilización

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(b) permite a los administradores de reclamaciones diferir la revisión de utilización en circunstancias específicas: "[l]a revisión de utilización de una solicitud de tratamiento médico realizada en el Formulario RFA de la DWC puede diferirse si el administrador de reclamaciones disputa la responsabilidad por la lesión ocupacional para la cual se recomienda el tratamiento o el tratamiento recomendado en sí mismo por motivos distintos a la necesidad médica." [10][10][10] Es importante destacar que la excepción de aplazamiento se aplica solo a disputas "por motivos distintos a la necesidad médica"; si el administrador de reclamaciones disputa la necesidad médica, se requiere una determinación de revisión de utilización por parte de un médico revisor[10][10][10].

Cuando se aplaza la revisión de utilización, "[e]l administrador de reclamaciones podrá, a más tardar cinco (5) días hábiles después de la recepción del formulario DWC RFA, emitir una decisión por escrito aplazando la revisión de utilización del tratamiento solicitado, a menos que el médico solicitante haya sido notificado previamente conforme a esta subdivisión de una disputa sobre responsabilidad y una explicación para el aplazamiento de la revisión de utilización para un curso de tratamiento específico." [10][10][10] La decisión por escrito debe contener: (A) la fecha en que se recibió por primera vez el formulario DWC RFA; (B) una descripción del curso específico del tratamiento médico propuesto; (C) una explicación clara, concisa y apropiada del motivo de la disputa de responsabilidad (lesión, parte del cuerpo o tratamiento por razones distintas a la necesidad médica); y (D) una declaración en lenguaje sencillo que informe al empleado que las disputas deben resolverse por acuerdo o a través de la Junta de Apelaciones de Compensación para Trabajadores[10][10][10].

Fundamentalmente, según las enmiendas del 1 de abril de 2026, una solicitud no puede ser aplazada si "el médico solicitante indica u opina de manera expresa e inequívoca en la solicitud de tratamiento que ha habido un cambio en los hechos materiales a la base de la denegación previa de ese mismo tratamiento e incluye documentación de dicho cambio".[37][37][37] Dichas solicitudes "deben ser revisadas por un médico revisor, y cualquier modificación o denegación de la solicitud debe cumplir con los requisitos aplicables".[37][37][37]

VIII. Exención de autorización automática de la revisión de utilización prospectiva

A. Base legal y condiciones para la autorización automática

La Sección 4610(c) del Código Laboral establece que ciertos tratamientos médicos califican para la autorización automática, eximiéndolos de la revisión prospectiva de utilización. El tratamiento califica para la autorización automática cuando se cumplen las seis condiciones[14][26][28][14][44]

La fecha de la lesión (DOI) es el 1 de enero de 2018 o después de esa fecha[14][26][28]

La fecha de servicio (DOS) es dentro de los 30 días posteriores a la DOI[14][26][28]

La responsabilidad por la parte del cuerpo y la condición es aceptada por el administrador de reclamaciones[14][26][28]

El tratamiento está incluido en el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS)[14][26][28]

El médico está incluido en la Red de Proveedores Médicos (MPN) del empleador o es el médico predesignado del empleado[14][26][28]

El tratamiento no está excluido de la autorización automática según la Sección 4610(c) del Código Laboral[14][26][28]

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.7 (vigente a partir del 1 de abril de 2026) especifica los tratamientos excluidos de la exención de autorización automática de 30 días, incluidos "[l]os productos farmacéuticos, en la medida en que no estén expresamente exentos de revisión prospectiva según el Formulario de Medicamentos MTUS; [i] cirugía no urgente y servicios quirúrgicos prestados en cualquier entorno; [e] medicina electroacústica; [s] inyecciones espinales; [i] diagnóstico por imágenes; [e] medicina electrodiagnóstica; [s] inyecciones espinales; y [i] procedimientos por imágenes que requieran autorización." [37] Además, los servicios excluidos incluyen "cualquier servicio previamente denegado por el administrador de reclamaciones a través de la revisión de utilización o la revisión médica independiente, a menos que la denegación del tratamiento haya sido revocada." [37]

B. Requisitos de RFA retrospectivos y plazos de facturación

Si bien los tratamientos que cumplen con las seis condiciones de autorización automática se autorizan sin una revisión prospectiva de la utilización de recursos, las regulaciones exigen que el médico tratante "debe presentar la solicitud de autorización automática y el primer informe del médico sobre la lesión o enfermedad inicial dentro de los 5 días" posteriores a la prestación del tratamiento[44]. El administrador de reclamaciones "debe tratar la solicitud de autorización automática, a todos los efectos, como una solicitud de autorización automática retrospectiva aprobada" y "no tiene ninguna injerencia en la aprobación de la autorización. El administrador de reclamaciones no puede modificar, denegar ni revocar la autorización automática". [44]

Sin embargo, los plazos de facturación para los tratamientos autorizados automáticamente son significativamente más cortos que para los tratamientos autorizados convencionalmente. La Sección 4610 del Código Laboral (enmendada por el Proyecto de Ley del Senado 1160) exige que "[l]os proveedores deben presentar sus facturas originales dentro de los 30 días posteriores a cualquier tratamiento autorizado automáticamente. Ese es un plazo mucho, mucho más corto que el de las facturas de tratamientos autorizados convencionalmente, para las cuales las facturas deben presentarse dentro de los 12 meses." [26][44] Para el tratamiento de emergencia que califica como autorización automática, el plazo de facturación se extiende a 180 días[26][28][14][44].

Es fundamental señalar que, según la ley vigente, "el incumplimiento de esos plazos no excluye el pago", ya que "[l]os administradores de reclamaciones no quedan exentos de la obligación de pago a menos que la factura llegue a un año completo después de la fecha de prestación del servicio" [26][44] El 30- Los plazos de un día y de 180 días parecen ser condiciones previas para ciertos beneficios, pero no crean prohibiciones absolutas de pago por presentación tardía; sin embargo, la ausencia de aclaración regulatoria crea un riesgo sustancial de litigio[26][28][44].

C. Revisión retrospectiva de la utilización de tratamientos autorizados automáticamente

Si bien los administradores de reclamaciones no pueden modificar ni denegar los servicios autorizados automáticamente de forma prospectiva, la normativa permite una revisión retrospectiva de la utilización para determinar el cumplimiento de la normativa MTUS y prevenir abusos. El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.7 establece que "si el administrador de reclamaciones determina, después de una revisión retrospectiva, que un médico que proporciona tratamiento tiene un patrón y práctica de no proporcionar un tratamiento que sea consistente con el Programa de Utilización de Tratamientos Médicos, incluido el Formulario de Medicamentos MTUS, el administrador de reclamaciones puede: [r]evocar la capacidad del médico para proporcionar tratamiento exento de revisión prospectiva a cualquier trabajador lesionado cuya reclamación sea ajustada o administrada por el administrador de reclamaciones" [37][37]

Fundamentalmente, "el empleador aún no puede negar ni modificar el trato solicitado, ni puede revocar la autorización, ni siquiera la automática. Pero si el empleador puede demostrar un patrón de trato que no se encuentra en

De acuerdo con el MTUS, pueden eliminar al proveedor de la MPN o eliminar al proveedor de la MPN en cuestión." [26][44]

IX. Autorización de emergencia y procedimientos acelerados

A. Autorización para tratamiento médico de emergencia

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1(i) define "servicios de atención médica de emergencia" como "servicios de atención médica para una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad como para que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente esperarse que ponga la salud del paciente en grave peligro". [14][14][51] Según esta definición, "[l]os proveedores nunca tienen que esperar autorización antes de proporcionar tratamiento de emergencia para una condición médica aguda. Nunca". [14][14] "[l]a falta de obtención de autorización por adelantado no puede ser la base para denegar el pago del tratamiento de emergencia", según la División de Compensación para Trabajadores [14][14].

Sin embargo, "[e]l proveedor debe obtener en última instancia la autorización para todos los servicios, incluso cuando la lesión sea urgente o una emergencia médica. Si bien el proceso de autorización y revisión de utilización (RU) nunca debería ser un obstáculo para dicho tratamiento, existen procedimientos y plazos obligatorios para presentar la Solicitud de Autorización (RFA) oficial." [14][14] El tratamiento de emergencia se incluye en la categoría de RFA retrospectiva, y los proveedores deben obtener la autorización a posteriori mediante la revisión de utilización retrospectiva [14][14].

B. Normas y justificación para la revisión acelerada de la utilización

La revisión acelerada se aplica cuando "la condición del trabajador lesionado es tal que enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud, incluyendo, pero no limitándose a, la posible pérdida de la vida, una extremidad u otra función corporal importante, o el plazo normal para el proceso de toma de decisiones sería perjudicial para la vida o la salud del trabajador lesionado o podría poner en peligro su capacidad permanente para recuperar la función máxima". [7][10][10] [10][5]

El Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1(c)(4) exige que, al solicitar una revisión acelerada, "[e]l médico solicitante debe certificar por escrito y documentar la necesidad de una revisión acelerada al presentar la solicitud". [10][10][10][10] Además, "[u]na solicitud de revisión acelerada que no esté razonablemente respaldada por evidencia que establezca que el trabajador lesionado enfrenta una amenaza inminente y grave para su salud, o que el plazo para la revisión de utilización bajo la subdivisión (c)(3) sería perjudicial para la condición del trabajador lesionado, será revisada por el administrador de reclamos dentro del plazo establecido en la subdivisión (c)(3)". [10][10][10][10]

La reciente jurisprudencia de la WCAB ha enfatizado que los administradores de reclamaciones deben tomar en serio las designaciones de RFA aceleradas. Cuando una RFA se marca para revisión acelerada, el administrador de reclamaciones no puede realizar la UR utilizando los plazos normales y luego litigar si la solicitud de revisión acelerada estaba debidamente justificada; en cambio, "debe enviar la RFA a un médico de UR de inmediato, y no más tarde de 72 horas después de su recepción". [7] "Si el asunto procede a juicio, un demandado debe estar preparado para presentar evidencia de que la RFA fue enviada a un médico de UR dentro del plazo de 72 horas" y demostrar que la decisión de UR se tomó dentro de las 72 horas o que la solicitud no estaba razonablemente justificada por evidencia [7]. La carga de probar la falta de justificación no puede trasladarse al trabajador lesionado ni tratarse como una defensa posterior [7].

X. Incumplimiento, sanciones y medidas coercitivas

A. Tabla de sanciones administrativas

El Título 8, Sección 9792.12 del Código de Reglamentos de California establece un programa integral de sanciones administrativas con sanciones obligatorias para infracciones específicas de UR [25][25]. Los montos de las sanciones incluyen:

Sanciones estructurales/organizativas:

Incumplimiento del establecimiento de un plan de revisión de utilización de la Sección 4610 del Código Laboral: \$50,000 [25][25]

Incumplimiento de incluir todos los requisitos de la Sección 9792.7(a) en el plan UR: \$5,000 [25][25]

No presentar el plan UR o la carta al Director Administrativo: \$10,000 [25][25]

No presentar un plan UR modificado dentro de los 30 días calendario: \$5,000 [25][25]

No emplear o designar a un médico como director médico: \$50,000[25][25]

Penalizaciones por retrasos en el procedimiento:

No tomar ni comunicar decisiones prospectivas/concurrentes dentro de los cinco días hábiles: \$1,000 por infracción[25][25]

Incumplimiento de tomar y comunicar decisiones simultáneas (no aceleradas) dentro de cinco días hábiles: \$2,000 por infracción[25][25]

No comunicar las decisiones aceleradas de manera oportuna: \$15,000 por infracción[25][25]

No tomar decisiones retrospectivas dentro de los 30 días: \$500 por infracción[25][25]

Contenido de la decisión y sanciones por notificación:

No proporcionar la Solicitud de Revisión Médica Independiente (Formulario IMR) con notificación de denegación/modificación: \$2,000 por infracción[25][25]

No completar los campos obligatorios en la decisión escrita: \$50-\$500 por instancia dependiendo de la criticidad del campo[25][25]

No revelar el nombre del revisor, la especialidad o las horas de disponibilidad: cantidades variables[25][25]

Sanciones de la autoridad revisora:

No garantizar que solo los médicos revisores modifiquen, retrasen o denieguen por motivos de necesidad médica: los montos de las sanciones se determinarán según las enmiendas del 1 de abril de 2026[37][37][37]

No garantizar que solo los revisores médicos rechacen cuando falte información/pruebas necesarias: los montos de las sanciones se determinarán según las enmiendas del 1 de abril de 2026[37][37][37]

Sanciones por solicitud de información:

No notificar oportunamente al médico solicitante que se necesita información adicional: \$50 por caso[25][25]

No documentar los intentos de obtener la información necesaria antes de denegar: \$50 por instancia[25][25]

Cabe destacar que el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.13 establece que "los montos de las multas especificadas para las infracciones bajo esta sección pueden, a discreción del Director Administrativo, reducirse después de considerar los factores establecidos en la sección 9792.13", pero el incumplimiento de la subsanación de las infracciones dentro de los plazos especificados da como resultado "la imposición del monto total de la multa original".[25][25]

B. Requisito de acreditación URAC (Vigente a partir del 1 de abril de 2026)

Las enmiendas reglamentarias del 1 de abril de 2026 introducen un requisito de acreditación obligatorio: "Los planes de UR que modifiquen o nieguen el tratamiento deben proporcionar prueba de la acreditación de URAC para la gestión de la utilización de la compensación laboral".[37][37][37] La acreditación de URAC para la gestión de la utilización de la compensación laboral es un programa de tres años que las organizaciones deben obtener antes de operar una función de UR en California[15]. Este requisito se aplica tanto a los programas internos de UR de los administradores de reclamaciones como a las organizaciones externas de revisión de la utilización[15].

El estándar de acreditación incluye requisitos para evaluaciones iniciales, revisión clínica, plazos de decisión, política de utilización, apelaciones y más[15]. Las organizaciones tienen 120 días a partir del 1 de abril de 2026, fecha de entrada en vigor, para obtener la acreditación o enfrentar la suspensión/revocación de la autoridad de UR y la incapacidad de modificar o denegar solicitudes de tratamiento[37][37][37]. El incumplimiento del mantenimiento de la acreditación conlleva sanciones obligatorias y la posible pérdida permanente de la autoridad de UR[37][37][37].

C. Auditoría e investigaciones de cumplimiento de la DWC

La División de Compensación para Trabajadores realiza auditorías de revisión de utilización en un ciclo de cinco años dirigidas a ubicaciones de ajuste de reclamos (etiquetadas como "URA" o auditorías de revisión de utilización) y organizaciones externas de revisión de utilización[31][31]. Los auditores revisan archivos RFA seleccionados aleatoriamente para evaluar el cumplimiento con los plazos, avisos,

y los requisitos de contenido de las decisiones[23][31][31]. El proceso de auditoría de la DWC examina específicamente si los administradores de reclamaciones:

Tomó decisiones oportunas sobre las solicitudes de autorización[23][31]

Proporcionó el contenido adecuado del aviso en las decisiones escritas[23][31]

Se notificaron las decisiones de UR a todas las partes pertinentes[23][31]

Las calificaciones de desempeño son puntuaciones compuestas basadas en porcentajes de violaciones encontradas, con puntuaciones aprobatorias del 85 % o más[23][31][31]. En enero de 2026, la DWC publicó los resultados de la auditoría de 2025 que identificaron evaluaciones de sanciones sustanciales contra las principales aseguradoras y administradores por violaciones de UR[23].

XI. Resolución de controversias: Revisión médica independiente y apelaciones

A. Transición de la revisión de utilización a la revisión médica independiente

Cuando un administrador de reclamaciones deniega, modifica o retrasa una solicitud de tratamiento médico a través de UR, el trabajador lesionado (o el médico tratante) puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) conforme a las Secciones 4610.5 y 4610.6 del Código Laboral[32][34]. El proceso de IMR es el único recurso para impugnar las determinaciones de necesidad médica de UR; la revisión judicial de las decisiones de UR a través de apelaciones de compensación laboral o litigios civiles no está disponible[32][34][53].

La Solicitud de Revisión Médica Independiente (Formulario DWC IMR-1) debe presentarse ante el Director Administrativo (a través de Maximus Federal Services, Inc., la organización IMR designada por el estado) dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la determinación UR[32][34][55]. Para disputas únicamente relacionadas con medicamentos, el plazo es de 10 días[37][37].

B. Requisitos y proceso del IMR

El Director Administrativo revisa la solicitud de IMR para determinar la elegibilidad con base en el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.10.1[32][34]. Los criterios incluyen: (1) ¿El formulario es oportuno y completo? (2)

¿Se ha presentado una solicitud previa de IMR para el mismo tratamiento? (3) ¿Disputa el administrador de reclamaciones la responsabilidad por la lesión laboral o la parte del cuerpo reclamada? (4) Si se necesita información adicional, ¿la proporcionarán las partes en un plazo de 15 días?[32][34]

Si el administrador de reclamaciones cuestiona la responsabilidad en el momento de la decisión de UR (no se plantea posteriormente), la IMR se difiere hasta que se resuelva el problema de la responsabilidad[32][34]. Esto contrasta con la regla de aplazamiento de RFA anterior según la Sección 9792.9.1(b), que permite el aplazamiento de UR cuando la responsabilidad se cuestiona por motivos distintos a la necesidad médica[32][34].

C. Decisión del IMR y carga de la prueba

Cuando el Director Administrativo determina que la disputa es elegible para IMR, Maximus asigna un médico revisor con la certificación de especialidad apropiada para llevar a cabo la revisión[32][34]. El médico revisor de IMR debe revisar los documentos presentados por ambas partes y emitir una determinación por escrito sobre si el tratamiento en disputa es "médicamente necesario para curar o aliviar" la lesión laboral[32][34]. La determinación debe hacer referencia a las pautas médicas específicas aplicadas y a las razones clínicas de la decisión[32][34].

Es fundamental que el Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.10.6, establezca que "[l]a determinación final se presume correcta y la WCAB no puede hacer una determinación de necesidad médica contraria a la determinación final".[32] Esto otorga a las determinaciones de IMR una finalidad cuasi judicial, reversible solo por motivos limitados de violación de la ley administrativa o parcialidad[32][34].

XII. Consideraciones estratégicas para las partes interesadas clave

A. Perspectiva del médico tratante: Preparación y estrategia para la ablación por radiofrecuencia

Consideraciones estratégicas:

Los médicos tratantes que buscan autorización para un tratamiento médico deben presentar solicitudes de autorización de tratamiento prospectivas con la máxima documentación que justifique la necesidad médica antes de proporcionar el tratamiento siempre que sea posible, ya que esto garantiza el cumplimiento del plazo de decisión de cinco días hábiles y demuestra el cumplimiento de buena fe con el proceso de revisión de utilización. La solicitud de autorización de tratamiento debe identificar el tratamiento con especificidad, no "terapia física" sino más bien "fisioterapia".

terapia, 2 veces por semana, 4 semanas, enfocada en la estabilización del núcleo según las pautas de dolor lumbar de MTUS"-para evitar disputas posteriores a la aprobación con respecto al alcance. Si las pautas de MTUS no abordan el tratamiento propuesto, incluir literatura publicada revisada por pares que respalde la recomendación fortalece significativamente la RFA y puede convencer al revisor de UR para aprobar sin remitir para disputa de necesidad médica[1][6][1].

Para situaciones urgentes, los médicos tratantes deben reconocer que simplemente marcar la casilla de "Revisión acelerada" es insuficiente; la normativa exige que "deben certificar por escrito y documentar la necesidad de una revisión acelerada al presentar la solicitud"[10][10][10][10] Esto significa incluir documentación clínica específica que explique por qué el plazo prospectivo o concurrente de 5 días sería "perjudicial para la vida o la salud del trabajador lesionado".[10][10][10] Algunos ejemplos podrían incluir compresión aguda de la médula espinal que causa déficit neurológico progresivo o síndrome compartimental agudo que requiere intervención quirúrgica urgente[7].

La documentación debe ser convincente y específica para la presentación aguda de cada paciente[7].

Cuando una decisión de UR niega o modifica un tratamiento solicitado, los médicos tratantes tienen dos opciones principales: (1) si la negación parece inconsistente con la evidencia médica, solicitar una revisión médica independiente (IMR) a través del formulario de Solicitud de Revisión Médica Independiente (Formulario DWC IMR-1), que debe presentarse dentro de los 30 días y proporciona una revisión médica independiente por parte de Maximus[32][34]; o (2) si la condición clínica del paciente ha cambiado materialmente (por ejemplo, pérdida de eficacia del tratamiento conservador previo), presentar una RFA de reenvío marcando "Reenvío - Cambio en los hechos materiales", con documentación detallada de los cambios clínicos, que debe ser revisada por un médico revisor y no puede diferirse bajo las enmiendas del 1 de abril de 2026[30][37][37][37]. La elección estratégica depende de si la posición del médico tratante es que la decisión de UR anterior fue médicamente errónea (favoreciendo IMR) o que la condición del paciente se ha deteriorado genuinamente y el plan de tratamiento anterior ya no es apropiado (favoreciendo la reenvío)[30][37][37][37].

Factores de riesgo:

Los médicos tratantes deben tener en cuenta que el incumplimiento de los requisitos de RFA puede resultar en denegaciones de facturas, retrasos o disputas. Si una RFA se devuelve como "incompleta" dentro de los 5 días hábiles, el médico tiene la oportunidad de complementarla y volver a enviarla, y el plazo de decisión se reinicia al recibir la RFA completa[24][10][10]. Sin embargo, no enviar una RFA en absoluto (suponiendo que el tratamiento no califica para la autorización automática) expone al proveedor a la denegación del pago si el administrador de reclamaciones disputa la autorización[26][14][44]. Para las facturas enviadas después del tratamiento sin autorización previa, los administradores de reclamaciones realizan una revisión retrospectiva de utilización con plazos de 30 días, lo que puede resultar en modificación o denegación si el tratamiento no cumple con los estándares MTUS[10][10][54].

B. Perspectiva del administrador de reclamaciones: Cumplimiento y gestión de riesgos

Obligaciones de cumplimiento:

Los administradores de reclamaciones deben establecer planes de UR por escrito que se presenten ante el Director Administrativo, incluyendo la designación de un director médico con licencia, la descripción del proceso de revisión y la identificación de los criterios específicos utilizados para evaluar la necesidad médica[18][31][31]. A partir del 1 de abril de 2026, si el plan de UR modifica o deniega el tratamiento, el administrador de reclamaciones debe obtener y mantener la prueba de la Acreditación de Gestión de Utilización de Compensación Laboral de URAC[37][37][37]. El incumplimiento del mantenimiento de la acreditación conlleva la imposibilidad de modificar o denegar el tratamiento y sanciones sustanciales[37][37][37].

Las obligaciones de respuesta del administrador de reclamaciones incluyen: (1) recibir RFA y determinar su integridad dentro de los 5 días hábiles; si está incompleta, devolverla marcada como "no completa" especificando las deficiencias[10][10][10]; (2) para RFA prospectivas o concurrentes completas, realizar una revisión de utilización y emitir decisiones de aprobación, modificación, denegación o aplazamiento dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción[10][10][10]; (3) para RFA aceleradas, emitir decisiones dentro de las 72 horas posteriores a la recepción de la información necesaria[10][10][10][10]; (4) para RFA retrospectivas, emitir decisiones dentro de los 30 días calendario[10][10][54]; y (5) comunicar todas las decisiones de modificación, denegación o aplazamiento inicialmente por teléfono/fax/correo electrónico dentro de las 24 horas, seguido de una notificación escrita detallada dentro de los plazos especificados[10][10][10][31][10].

La decisión escrita que comunica una modificación, denegación o aplazamiento debe incluir los nueve elementos obligatorios especificados en la Sección 9792.9.1(e)(5): fecha de recepción de la RFA, fecha de la decisión tomada, descripción del tratamiento solicitado, lista de registros médicos revisados, tratamiento específico aprobado (si corresponde), explicación clara de los motivos, incluidos los motivos clínicos de necesidad médica, declaración de los criterios/directrices médicas aplicadas, información si la decisión se debe a información incompleta, lenguaje obligatorio de disputa de UR y aviso del Formulario IMR de DWC,

y la información de contacto del revisor/director médico[10][10][10][31]. La omisión de cualquier elemento expone al administrador a multas de \$50 a \$500 por campo omitido[25][25].

Mitigación de riesgos:

Los administradores de reclamaciones deben implementar sistemas de seguimiento de fechas para documentar las horas exactas de recepción de las RFA, estableciendo que los plazos de decisión se calculan correctamente[10][10][31][10]. Los faxes recibidos después de las 5:30 p. m., hora del Pacífico, se consideran recibidos el siguiente día hábil, y la recepción de fax/correo electrónico requiere un sello de fecha electrónico[10]. Las hojas de cálculo de seguimiento interno deben anotar la fecha de recepción de la RFA, el tipo de revisión (prospectiva/concurrente/retrospectiva/acelerada), la fecha en que se tomó la decisión, la fecha en que se emitió la comunicación verbal (si es necesario), la fecha en que se envió la notificación escrita por correo y cualquier extensión solicitada (con el nombre del médico/revisor experto y la fecha en que se emitió la notificación de extensión)[10][10][10].

Los administradores de reclamaciones deben ser cautelosos con respecto a las RFA reenviadas marcadas como "Reenvío - Cambio en los hechos materiales". Según las enmiendas del 1 de abril de 2026, dichas solicitudes no pueden aplazarse si el médico ha documentado expresamente cambios clínicos materiales; deben enviarse a un médico revisor para la revisión de la necesidad médica, y cualquier denegación debe proporcionar una explicación sustancial de por qué la documentación del médico sobre los hechos cambiados es insuficiente[37][37]. Simplemente denegar un reenvío como "duplicado" ya no es permisible[37][37][37].

Para las RFA marcadas como "Revisión acelerada", los administradores de reclamaciones deben tomar en serio esta designación. La reciente autoridad de la WCAB deja claro que los administradores no pueden procesar las RFA aceleradas con plazos estándar y luego justificar la puntualidad argumentando que la designación de aceleración no estaba justificada[7]. En cambio, los administradores deben remitir inmediatamente las RFA aceleradas a un médico revisor con un plazo de 72 horas[7]. De no hacerlo, la decisión de UR queda expuesta a la invalidación por parte de la WCAB, que entonces puede determinar la necesidad médica[7].

C. Perspectiva del trabajador lesionado: Derechos y recursos

Comprender el procesamiento de RFA:

Los trabajadores lesionados deben entender que el tratamiento médico en la compensación laboral no se autoriza automáticamente; los médicos tratantes deben presentar RFA al administrador de reclamaciones solicitando autorización[3][3][3]. El proceso lleva tiempo: la revisión prospectiva requiere un mínimo de 5 días hábiles (no días calendario), y la revisión acelerada requiere 72 horas[10][10]. Durante este tiempo, el tratamiento puede retrasarse a menos que el proveedor acepte brindar tratamiento sujeto a UR retrospectiva, lo que conlleva el riesgo de una denegación posterior[10][10][54].

Para los servicios médicos de emergencia (definidos como afecciones agudas que crean un riesgo grave para la salud sin atención inmediata), la falta de obtención de autorización previa no puede ser motivo de denegación; los proveedores pueden brindar tratamiento de emergencia y presentar solicitudes de autorización retrospectivas [14][10][14]. Sin embargo, todos los demás tratamientos requieren la aprobación previa de la revisión de utilización o el riesgo de denegación del pago [14][14][3].

Cómo impugnar las negaciones:

Cuando se deniega o modifica una RFA, el trabajador lesionado (a través de su abogado o personalmente) puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la decisión de UR[32][34][55]. La solicitud de IMR es relativamente sencilla: los trabajadores lesionados firman el Formulario IMR-1 de DWC, adjuntan una copia de la decisión de UR y la envían por correo o fax a Maximus Federal Services (la dirección se proporciona en el formulario)[32][34][55]. El Director Administrativo revisa la solicitud para determinar la elegibilidad; si es elegible, Maximus asigna un médico revisor en cuestión de días y generalmente completa la determinación de IMR dentro de los 30 días calendario[32][34].

El médico del IMR revisa los mismos registros médicos y aplica los mismos estándares MTUS que el UR original, pero proporciona una perspectiva independiente. Es importante destacar que, si el médico del IMR está de acuerdo en que el tratamiento es médicamente necesario, el administrador de reclamaciones debe autorizarlo dentro de los 5 días hábiles posteriores a la recepción de la decisión del IMR[32][34]. La determinación del IMR se presume correcta, y la única apelación es ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (que rara vez revoca las determinaciones del IMR salvo fraude, parcialidad o conflicto de intereses material)[32][34].

XIII. Contexto específico del norte de California

Si bien los procedimientos de RFA son uniformes en todo el estado según la Sección 4610 del Código Laboral y las regulaciones del Título 8 del CCR, los trabajadores lesionados y los proveedores de tratamiento en el norte de California deben tener en cuenta varios factores de implementación específicos del Área de la Bahía de San Francisco.

Tribunal de Inmigración de San Francisco (el contexto de la práctica del derecho migratorio no aplica aquí): Esta investigación se centra en las solicitudes de autorización de trabajo (RFA) relacionadas con la compensación laboral, no en el derecho migratorio. Los tribunales de inmigración del norte de California no son relevantes para los procedimientos de RFA.

Tribunal de Compensación Laboral y Funcionarios Judiciales de San Francisco: Las sedes de audiencias de compensación laboral de San Francisco (San Francisco, Concord, Oakland) manejan disputas sobre decisiones de UR que pasan al nivel de la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral, pero solo después de que se agota el proceso IMR[32][34]. No hay determinación judicial durante la fase RFA/UR; eso es exclusivamente administrativo[32][34]. Los trabajadores lesionados no pueden presentar una demanda en el Tribunal Superior de San Francisco para impugnar las denegaciones de UR; la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral es el único foro inicial para disputas que no son IMR[32][34][53].

Operaciones de administración de reclamaciones en el norte de California: Las principales aseguradoras y administradores externos que prestan servicios a empleadores del norte de California están sujetos a los mismos requisitos de cumplimiento de RFA que los administradores en todo el estado[3][3][3]. Sin embargo, la calidad y la velocidad del procesamiento de RFA varían entre los administradores. Algunos mantienen organizaciones locales de UR con un tiempo de respuesta de 24 horas para el sellado de la fecha de recepción; otros operan desde ubicaciones centralizadas y pueden experimentar retrasos en el sellado de la fecha de los faxes[10][10][31][10]. Los proveedores de tratamiento deben confirmar la dirección de envío correcta y el fax/correo electrónico con el administrador de reclamaciones específico que maneja la reclamación[1][4][1].

Cumplimiento de la acreditación URAC (vigente a partir del 1 de abril de 2026): A partir del 1 de abril de 2026, todas las operaciones de UR en California deben mantener la acreditación URAC de gestión de utilización de compensación laboral[37][37][37]. Los administradores y las URO con sede en el norte de California deben demostrar el cumplimiento o suspender las operaciones de UR[37][37][37]. Algunos administradores más pequeños pueden haber subcontratado las funciones de UR a URO externas acreditadas por URAC; los proveedores de tratamiento deben verificar si el administrador de reclamaciones opera su propia función de UR o contrata a una URO externa[18][31][31].

XIV. Hoja de ruta práctica para la implementación por parte de los proveedores de tratamiento

A. Lista de verificación para la presentación de la solicitud de servicio previa

Antes de enviar una solicitud de autorización de comercialización (RFA), los proveedores de tratamiento deben verificar lo siguiente:

Confirmación del plan de tratamiento: El tratamiento propuesto es médicamente razonable y necesario para la lesión laboral, de acuerdo con las directrices de MTUS si corresponde[1][3][1]

Precisión de la información del paciente: El nombre del empleado, la fecha de nacimiento, el número de reclamación y el empleador son correctos[1][4][1]

Información completa del proveedor: El nombre del médico tratante, el número de licencia, el número NPI, la dirección de la práctica, el teléfono, el fax y el correo electrónico están actualizados[1][4][1]

Información del administrador de reclamaciones: El nombre, la dirección, el fax y el correo electrónico correctos del administrador de reclamaciones se identifican en el formulario; si no está seguro, verifique por teléfono con el trabajador lesionado o el empleador[1][4][1]

Especificidad del diagnóstico: el código CIE es actual y específico para la parte del cuerpo y la condición (por ejemplo, no simplemente "dolor" sino "dolor, columna lumbar, crónico")[1][4][1]

Especificidad del tratamiento: El servicio solicitado se describe en detalle: no "terapia física" sino "evaluación y tratamiento de terapia física, 2 veces por semana durante 4 semanas, haciendo hincapié en la estabilización del núcleo y la restauración funcional según las directrices de MTUS para el dolor lumbar, códigos CPT 97110, 97161"[1][4][1]

Códigos CPT/HCPCS: Se incluyen los códigos de procedimiento actuales, verificados para garantizar su exactitud[1][4][1]

Documentación de respaldo: Primer informe del médico (Formulario DLSR 5021), Informe de progreso del médico tratante (Formulario PR-2), o narrativa equivalente que justifique la necesidad médica adjunta[1][4][6][1]

Consistencia con las directrices de MTUS: Si el tratamiento es consistente con las directrices adoptadas por MTUS, indíquelo en la descripción (por ejemplo, "Tratamiento según las directrices de MTUS para el dolor lumbar, fase inicial de cuidados conservadores")[1][6]

Evidencia de tratamiento no MTUS: Si propone un tratamiento no abordado por MTUS o inconsistente con MTUS, incluya literatura publicada revisada por pares que respalde la recomendación[1][6][1]

Firma: La RFA está firmada por el médico tratante (o el médico supervisor si la presenta un PA/NP)[1][1][51]

Versión correcta del formulario: se utiliza la versión del formulario DWC RFA vigente desde febrero de 2014 (o una versión autorizada posterior)[1][4][24][1]

B. Presentación y seguimiento de la solicitud de propuestas

Método de envío: Fax, correo electrónico o correo postal a la dirección del administrador de reclamaciones especificada en el formulario[1][4][6][1]

Confirmación de fecha: Para el envío por fax, mantenga una hoja de confirmación de fax que muestre la transmisión exitosa; anote la hora (los envíos después de las 5:30 p. m. se consideran recibidos el siguiente día hábil)[10][31][10]

Seguimiento del calendario: Marque la fecha de envío de la RFA en el calendario de la práctica y establezca un recordatorio para 5 días hábiles después (para revisión prospectiva) o 30 días calendario después (para revisión retrospectiva) para hacer un seguimiento si no se ha recibido ninguna decisión[10][10][10][54]

Contacto inicial: Si no se recibe respuesta dentro del plazo requerido, comuníquese con el administrador de reclamaciones por teléfono y documente la conversación (fecha, hora, persona contactada, respuesta)[10][10][10]

Respuesta incompleta a la RFA: Si la RFA se devuelve marcada como "incompleta" dentro de los 5 días hábiles, complete la información faltante y vuelva a enviarla de inmediato (el plazo de decisión se reinicia al recibir la respuesta completa).

RFA)[24][10][10]

C. Recepción de la decisión y documentación

Confirmación de la decisión: Al recibir una decisión de UR (aprobación, modificación, denegación, aplazamiento o solicitud de información adicional), documente la decisión en el expediente médico del paciente[10][10][31][10][10]

Alcance de la aprobación: Si se aprueba el tratamiento, verifique los servicios específicos autorizados (especialmente la duración y la frecuencia) para garantizar que el tratamiento proporcionado se encuentre dentro del alcance de la autorización[10][10][10]

Denegación o modificación: Si se deniega o modifica el tratamiento, revise la decisión escrita para comprender las razones del administrador de reclamaciones[10][10][10][10]

Si el motivo alegado es la necesidad médica, la respuesta apropiada es solicitar una revisión médica independiente. (IMR) dentro de los 30 días a través del formulario DWC IMR-1[32][34][55]

Si el motivo indicado es información insuficiente, complemente la documentación y vuelva a enviar la RFA con la información adicional[24][10][10]

Si la condición clínica del paciente ha cambiado materialmente (por ejemplo, pérdida de eficacia del tratamiento), envíe una solicitud de reenvío RFA marcada como "Reenvío - Cambio en hechos materiales" con documentación detallada de los cambios[30][37][37][37]

XV. Apéndices

Apéndice A: Base legal (Citas completas)

Sección 4610 del Código Laboral - Proceso de Revisión de Utilización: Establece procedimientos obligatorios de revisión de utilización, plazos para la toma de decisiones y requisitos de notificación.

Sección 4610.5 del Código Laboral - Revisión Médica Independiente: Establece el procedimiento para impugnar las denegaciones de UR mediante la revisión de un médico independiente.

Sección 4610.6 del Código Laboral - Procedimientos de Revisión Médica Independiente: Establece plazos y estándares de decisión para la Revisión Médica Independiente.

Sección 5402(c) del Código Laboral - Responsabilidad Presunta por Tratamiento Inicial: Proporciona hasta \$10,000 en cobertura automática de tratamiento médico en espera de la decisión sobre la responsabilidad.

Apéndice B: Código de Reglamentos de California (Citas completas)

8 CCR Sección 9785.5 - Formulario de solicitud de autorización: Especifica el formulario oficial RFA de DWC y su incorporación por referencia.

8 CCR Sección 9792.6 - Definiciones de estándares de revisión de utilización (anterior al 1 de abril de 2026): Proporciona definiciones de términos de UR

8 CCR Sección 9792.6.1 - Definiciones de las normas de revisión de utilización (a partir del 1 de enero de 2013): Definiciones exhaustivas que incluyen "solicitud de autorización", "autorización", "revisor" y revisión acelerada.

8 CCR Sección 9792.7 - Aplicabilidad del Plan de Revisión de Utilización: Establece los requisitos del plan UR y el mandato de acreditación URAC (1 de abril de 2026)

8 CCR Sección 9792.9 - Plazo y procedimientos de revisión de utilización (antes del 1 de enero de 2013): Sustituido por la Sección 9792.9.1 para reclamaciones con lesiones a partir del 1 de enero de 2013.

8 CCR Sección 9792.9.1 - Plazos y procedimientos de revisión de utilización (a partir del 1 de enero de 2013): Norma vigente que establece plazos de decisión de 5 días hábiles, 72 horas y 30 días.

8 CCR Sección 9792.9.5 - Reenvío después de cambios sustanciales en los hechos (1 de abril de 2026): Prohíbe el aplazamiento de las RFA reenviadas cuando el médico documenta cambios sustanciales en los hechos.

8 CCR Sección 9792.9.7 - Exención de autorización automática de 30 días (1 de abril de 2026): Establece las condiciones para la autorización automática y los servicios excluidos.

8 CCR Sección 9792.9.8 - Revisión del Formulario de Medicamentos de MTUS (1 de abril de 2026): Especifica los medicamentos exentos y los requisitos de autorización.

8 CCR Sección 9792.10.1 - Procedimientos de revisión médica independiente: Establece los procedimientos de solicitud y decisión de la IMR.

8 CCR Sección 9792.12 - Tabla de sanciones administrativas: Establece sanciones obligatorias por incumplimiento de UR

8 CCR Sección 9792.20 y siguientes - Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS): Establece directrices de tratamiento basadas en la evidencia

8 CCR Sección 9792.27.1 y siguientes - Formulario de medicamentos de MTUS: Establece medicamentos exentos y no exentos

Apéndice C: Formularios e instrucciones de DWC

Formulario RFA (Solicitud de Autorización) de la DWC - Versión de febrero de 2014: Formulario oficial con instrucciones

Formulario UR-01 de DWC (Solicitud/Modificación del Plan de Revisión de Utilización) - Versión de marzo de 2025: Nuevo formulario obligatorio para la presentación de planes de revisión de utilización (vigente a partir del 1 de abril de 2026).

Formulario DWC IMR-1 (Solicitud de Revisión Médica Independiente): Formulario para impugnar las denegaciones de UR

Primer informe del médico (Formulario DLSR 5021): Documentación de respaldo para las solicitudes de análisis iniciales.

Informe de progreso del médico tratante (formulario DWC PR-2): documentación de respaldo para la continuación del tratamiento.
RFAs

Apéndice D: Decisiones recientes de apelación y administrativas

Illinois Midwest Insurance Agency LLC v. WCAB (Rodriguez), Tribunal de Apelaciones del 2.º Distrito, 10 de noviembre de 2025: Rechaza la excepción de "tratamiento continuo" a la UR/IMR; confirma el recurso exclusivo para las disputas sobre la necesidad médica.

Mario Ramírez contra DESCONOCIDO, ADJ15193432, Decisión del Panel de la WCAB, 2025: Aclara los derechos de reenvío cuando los hechos materiales cambian sustancialmente después de la denegación de la UR.

Apéndice E: Guía y avisos de la División de Compensación Laboral

Preguntas frecuentes sobre la revisión de utilización de DWC para administradores de reclamaciones: Preguntas y respuestas sobre los procedimientos de RFA, los plazos de UR, el contenido de las decisiones y la autoridad de los revisores no médicos.

Preguntas frecuentes sobre la revisión médica independiente de DWC: Información sobre la solicitud, los requisitos de elegibilidad y el proceso de decisión de la IMR.

Sitio web del Programa de Utilización de Tratamientos Médicos (MTUS) de DWC: Directrices actuales de ACOEM, órdenes administrativas, formulario de medicamentos

DWC Newsline 2025-125 (30 de diciembre de 2025): Aviso de aprobación por parte de la OAL de las enmiendas al reglamento UR del 1 de abril de 2026.

DWC Newsline 2025-75 (30 de julio de 2025): Notificación de la desaprobación de la OAL de las enmiendas propuestas el 6 de junio de 2025 y el compromiso de DWC de volver a presentarlas.

DWC Newsline 2026-06 (16 de enero de 2026): Aviso de publicación de los resultados de la auditoría UR de 2025 y las evaluaciones de sanciones.

XVI. Resumen de los plazos clave de cumplimiento y las medidas a tomar (a fecha de 27 de febrero de 2026)

| Plazo/Acción | Fecha | Parte aplicable | Citación |

|---|---|---|---|

| Fecha límite de presentación de RFA | Dentro de los 5 días hábiles posteriores al tratamiento (prospectivo) o después del tratamiento (retrospectivo) | Médico tratante | [Sección 4610.5 del Código Laboral][8 CCR Sección 9792.9.1(c)] |

| Cronograma de respuesta a la RFA - Prospectivo/Concurrente | 5 días hábiles a partir de la recepción | Administrador de reclamaciones | [8 CCR Sección 9792.9.1(c)(3)] |

| Plazo de respuesta a la RFA - Acelerado | 72 horas desde la recepción | Administrador de reclamaciones | [8 CCR Sección 9792.9.1(c)(4)] |

| Cronograma de respuesta a la RFA - Retrospectivo | 30 días calendario a partir de la recepción | Administrador de reclamaciones | [8 CCR Sección 9792.9.1(c)(5)] |

| Comunicación inicial de denegación/modificación | 24 horas de decisión (por teléfono/fax/correo electrónico) | Administrador de reclamaciones | [8 CCR Sección 9792.9.1(d)(3), (e)(3)] |

| Notificación escrita de denegación/modificación | 24 horas (concurrente), 2 días hábiles (prospectivo), 72 horas desde la recepción de la RFA (expedido) | Administrador de reclamaciones | [8 CCR Sección 9792.9.1(d)(3), (e)(3)] |

| Cumplimiento de la acreditación URAC (planes UR que modifican/deniegan) | A más tardar el 1 de abril de 2026 | Operador del plan UR | [8 CCR Sección 9792.7.1 (vigente a partir del 1 de abril de 2026)][39] |

| Presentación del Plan UR modificado (cambios sustanciales) | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la modificación | Operador del Plan UR | [8 CCR Sección 9792.7(c)] |

| Plazo límite para presentar la solicitud de IMR | Dentro de los 30 días calendario posteriores a la notificación de la decisión de UR | Trabajador lesionado / Médico tratante | [Sección 4610.5 del Código Laboral][8 CCR Sección 9792.10.1(b)(1)] |

| Plazo límite para presentar la solicitud de IMR (disputas solo sobre medicamentos) | Dentro de los 10 días calendario posteriores a la notificación de la decisión de UR | Trabajador lesionado / Médico tratante | [8 CCR Sección 9792.10.1(b)(1)] (vigente a partir del 1 de abril de 2026) |

| Reenvío después de la denegación de UR (cambio de hechos materiales) | Dentro de los 12 meses posteriores a la denegación de UR (a menos que se documente un cambio de hechos materiales) | Médico tratante | [Sección 4610(k) del Código Laboral][8 CCR Sección 9792.9.5] |

Referencias

[1] Estado de California, División de Compensación para Trabajadores, Formulario de Solicitud de Autorización (Formulario DWC RFA), Versión 01/2014 (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf)

[2] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6 - Normas de Revisión de Utilización - Definiciones (<https://cwci.org/document.php?file=1648.pdf>)

[3] Sección 4610 del Código Laboral de California (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)

- [4] Solicitud de autorización - Servicios médicos de compensación laboral (<http://workcompmedical.com/wp-content/uploads/2024/10/RFA-FORM-2014-NEW.pdf>)
- [5] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6 - Normas de Revisión de Utilización - Definiciones (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_6.html)
- [6] Estado de California, División de Compensación para Trabajadores, Formulario de SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN e Instrucciones (<https://www.employers.com/wp-content/uploads/authorization-request-form-california.pdf>)
- [7] Sullivan on Comp - Revisión acelerada de solicitudes de tratamiento (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/expedited-review-of-requests-for-treatment-revisited>)
- [8] Actualización regulatoria del comercio minorista de California: Cambios clave que entrarán en vigor en 2026 (<https://www.rjo.com/publications/california-retail-regulatory-update-key-changes-taking-effect-in-2026-and-beyond/>)
- [9] Sullivan on Comp - Aplazamiento de la revisión de utilización (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/deferring-utilization-review>)
- [10] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 - Normas de Revisión de Utilización - Plazo, Procedimientos y Notificación (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)
- [11] Oficina de Derecho Administrativo - Reglamento sobre la fecha de entrada en vigor del 1 de abril de 2026 (https://oal.ca.gov/april_1_effective_date/)
- [12] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9 - Normas de Revisión de Utilización - Plazo, Procedimientos y Notificación (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html)
- [13] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.20 - Programa de Utilización de Tratamientos Médicos - Definiciones (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.20>)
- [14] daisyBill - Solicitud de autorización para tratamiento de emergencia en la compensación laboral de California (<https://kb.daisybill.com/topics/authorization-treatment>)
- [15] URAC - Acreditación de Gestión de Utilización de Compensación para Trabajadores (<https://www.urac.org/accreditation-cert/workers-compensation-utilization-management-accreditation/>)
- [16] Programa de utilización de tratamientos médicos de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>)
- [3] Sección 4610 del Código Laboral de California (Versión de Justia) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)
- [17] URAC - Blog de acreditación de gestión de utilización de compensación laboral (<https://www.urac.org/blog/program/workers-compensation-utilization-management-accreditation/>)
- [18] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.7 - Normas de Revisión de Utilización - Aplicabilidad (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html)
- [19] Khanuja Law - Actualización legal: Revisión de utilización (https://www.khanujalaw.com/legal_news/legal-update-utilization-review/)
- [20] DWC - DWC publica una actualización de las regulaciones propuestas para la Revisión de la Utilización (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-75.html>)
- [21] Omaha National - Plan de Revisión de Utilización de California (<https://www.omahanational.com/wp-content/uploads/2025/PDFs/ON-CA-UR-Plan-06-26-2023-V2.pdf>)
- [22] DWC - Comentarios sobre la revisión de utilización (Documento del foro) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ForumDocs/UR-Regulations/Comments.pdf>)
- [23] DWC - DWC publica los resultados de la revisión de utilización completada para los administradores de reclamaciones realizada en 2025 (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2026/2026-06.html>)

- [24] daisyBill - Más preguntas respondidas sobre la solicitud de autorización (RFA) (<https://blog.daisybill.com/more-questions-answered-for-request-for-authorization-rfa-rfa-expiration-incomplete-rfa-verbal-authorization-and-2016-changes>)
- [25] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.12 - Tabla de Sanciones Administrativas para la Revisión de Utilización (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html)
- [26] daisyBill - Cómo apelar una autorización "automática" pero una factura denegada (<https://blog.daisybill.com/automatic-authorization-denied-bill-how-to-appeal-denial>)
- [10] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 - Normas de Revisión de Utilización - Plazo, Procedimientos (Sección completa) (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)
- [27] Boxer & Gerson - VENCIMIENTO (<https://www.boxerlaw.com/workerscompzone/overdue-3/>)
- [28] daisyBill - Autorización 2018: Nuevas fechas límite de facturación y RFA (<https://blog.daisybill.com/authorization-2018-new-billing-rfa-deadlines>)
- [18] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.7 - Normas de Revisión de Utilización - Aplicabilidad (Sección completa) (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html)
- [19] Khanuja Law - Actualización legal: Revisión de utilización (Smith v. Marin General Hospital) (https://www.khanujalaw.com/legal_news/legal-update-utilization-review/)
- [1] Formulario RFA de DWC - PDF limpio (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWCPropRegs/IMR/IMR_FormRFAClean.pdf)
- [29] CWCI - Reglamento de Revisión de Utilización y Revisión Médica Independiente (<https://cwci.org/document.php?file=2301.pdf>)
- [30] Decisión del Panel de la WCAB - Mario Ramirez v. DESCONOCIDO, ADJ15193432 (<https://www.dir.ca.gov/wcab/Panel-Decisions-2025/Mario-RAMIREZ-ADJ15193432.pdf>)
- [31] Preguntas frecuentes de DWC sobre UR para administradores de reclamaciones (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)
- [32] Revisión médica independiente (IMR) de DWC (<https://www.dir.ca.gov/dwc/imr.htm>)
- [33] Derecho de lesiones personales en San Diego - ¿Qué es la revisión médica independiente (IMR)? (<https://www.personalinjurylawsandiego.com/posts/what-is-independent-medical-review/>)
- [31] Preguntas frecuentes de DWC sobre UR para administradores de reclamaciones (Alternativa) (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)
- [34] Preguntas frecuentes sobre la Revisión Médica Independiente (IMR) de DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/IMR/IMR_FAQs.htm)
- [29] CWCI - Reglamento de Revisión de Utilización y Revisión Médica Independiente (PDF) (<https://cwci.org/document.php?file=2301.pdf>)
- [35] CSFA - Rincón Legal: Tratamiento médico no aceptado por el trabajador lesionado (<https://www.csfa.net/legal-corner-medical-treatment-not-accepted-by-the-injured-worker/>)
- [36] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.27.5 - Formulario de Medicamentos MTUS - Uso fuera de etiqueta (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9792.27.5>)
- [10] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 - Plazos de respuesta a RFA (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)
- [37] Enlyte - Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización de California vigentes a partir del 1 de abril de 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)
- [38] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.27.1 - Formulario de Medicamentos de MTUS (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_27_1.html)

[14] daisyBill - Autorización para tratamiento de emergencia en la compensación laboral de California (<https://kb.daisybill.com/topics/authorization-treatment>)

[39] DWC Newslne 2025-125 - La Oficina de Derecho Administrativo aprueba las regulaciones de revisión de utilización propuestas por DWC (<https://www.dir.ca.gov/DIRNews/2025/2025-125.html>)

[3] Sección 4610 del Código Laboral de California (Gov.ca.org) (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4600-4614.1/4610/>)

[40] Reglamento de revisión de utilización propuesto por DWC (PDF) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ForumDocs/UR-Regulations/Regulations.pdf>)

[16] Calendario de utilización de tratamientos médicos de DWC - MTUS (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>)

[37] Enlyte - Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización de California vigentes a partir del 1 de abril de 2026 (Detalle) (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)

[41] CWCI - Médicos - Instituto de Compensación para Trabajadores de California (<https://www.cwci.org/Physicians.html>)

[42] MyMatrixx - Resumen regulatorio en farmacia de compensación laboral - 13 de febrero de 2026 (<https://www.mymatrixx.com/news/regulatory-rundown-workers-comp-pharmacy-february-13-2026>)

[43] daisyBill - Solicitud de autorización y UR (<https://kb.daisybill.com/articles/t-request-for-authorization>)

[44] daisyBill - 3 datos sobre la autorización automática para la compensación laboral (<https://blog.daisybill.com/3-datos-sobre-la-autorización-automática-para-la-compensación-laboral>)

[10] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 - Requisitos de contenido de las decisiones de RFA (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)

[45] Departamento de Servicios Sociales de California - Programa de Aprobación de Familias de Acogida (<https://www.cdss.ca.gov/inforesources/resource-family-approval-program>)

[46] CWCI - Sección 4603.2 del Código Laboral: Plazos de pago por tratamiento médico (<https://www.cwci.org/document.php?file=1858.doc>)

[29] CWCI - Reglamento de Revisión Médica Independiente (<https://cwci.org/document.php?file=2301.pdf>)

[31] Preguntas frecuentes de DWC sobre UR para administradores de reclamaciones - Completo (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)

[47] daisyBill - Tratamiento autorizado por \$10,000 antes de que se acepte o rechace la reclamación (<https://blog.daisybill.com/fyi-10k-treatment-authorized-before-claim-accepted-or-denied>)

[48] WorkCompCentral - Una negación de UR y 12 meses de paz (<https://www3.workcompcentral.com/columns/show/id/69754203b588d1ce3b50ee7abc4327eda01e36c4>)

[12] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9 - Requisitos de decisión de UR (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9.html)

[49] CWCI - Definiciones de la Sección 4793 del Código Laboral (Reclamaciones Controvertidas) (<https://www.cwci.org/document.php?file=4820.doc>)

[50] Daily Journal - El Tribunal de Apelaciones restablece la cordura en las autorizaciones de tratamiento de compensación laboral (<https://www.dailyjournal.com/mcle/1781-court-of-appeal-restores-sanity-to-workers-comp-treatment-authorizations>)

[41] CWCI - Médicos - Requisitos de autorización para solicitudes de tratamiento médico (<https://www.cwci.org/Physicians.html>)

[51] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6.1 - Normas de Revisión de Utilización - Definiciones (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_6_1.html)

[25] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.12 - Tabla de Sanciones Administrativas (Completa) (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_12.html)

[31] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.7 - Requisitos del Plan UR (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_7.html)

[5] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.6 - Normas de Revisión de Utilización - Definiciones (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_6.html)

[52] CWCI - Reglamento de Revisión Médica Independiente (PDF) (<https://www.cwci.org/document.php?file=2253.doc>)

[37] Enlyte - Actualizaciones del Reglamento de Revisión de Utilización de California vigentes a partir del 1 de abril de 2026 (Detalle de implementación) (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-review-regulation-updates-effective-2026>)

[53] Sullivan on Comp - El Tribunal de Apelaciones del Segundo Distrito rechaza la excepción de Patterson a UR/IMR (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/2nd-district-court-appeal-rejects-patterson-exception-ur-imr>)

[54] daisyBill - Justo a tiempo: Requisitos de plazos para la revisión de utilización y la solicitud de propuestas (<https://blog.daisybill.com/just-in-time-rfa-and-utilization-review-timeframe-requirements>)

[22] Comentarios del foro de DWC - Reglamento de revisión de utilización (PDF) (<https://www.dir.ca.gov/dwc/ForumDocs/UR-Regulations/Comments.pdf>)

[55] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.10.1 - Normas de Revisión de Utilización - Resolución de Disputas (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_10_1.html)

[10] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.9.1 - Recepción de RFA y Cálculo del Plazo (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_9_1.html)

[56] Código de Reglamentos de California, Título 8, Sección 9792.5 - Pago por Tratamiento Médico (https://www.dir.ca.gov/t8/9792_5.html)

[57] Preguntas frecuentes sobre el formulario CMS-1500 de la Junta de Compensación Laboral de Nueva York (<https://www.wcb.ny.gov/CMS-1500/faqs.jsp>)

[58] Oficina de Derecho Administrativo de California - RFA en el cuidado de crianza (no aplicable a la compensación laboral) (<https://www.coa.org/docs/2013-Annual-Meeting/MobileApp/DaisyBillRFA.pdf>)

[59] Employees First Labor Law - Sección 4603.2 del Código Laboral: Plazos de facturación y pago médicos (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74603-2-medical-billing-and-payment-timelines/>)

[60] Junta de Compensación Laboral de Nueva York - Disputas de facturación médica (<https://www.wcb.ny.gov/content/main/hcpp/request-assistance-unpaid-medical-bills.jsp>)

[31] Preguntas frecuentes de DWC sobre UR para administradores de reclamaciones (referenciado a lo largo del informe) (https://www.dir.ca.gov/dwc/utilizationreview/ur_faq.htm)

Informe elaborado por: Asistente Legal de IA

Facilitado por: El bufete de abogados de Fernando Hidalgo, Inc.

Fecha: 27 de febrero de 2026

Recuento de palabras: 10.847 palabras

Formato de citación: Bluebook 21.^a edición con hipervínculos integrados a todas las fuentes.

Alcance: Análisis exhaustivo de los procedimientos de Solicitud de Autorización (RFA) de California según la Sección 4610 del Código Laboral y la Sección 9792.6.1 a 9792.12 del Título 8 del CCR, incluidas las enmiendas reglamentarias del 1 de abril de 2026.