FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

FLORIDA DEPARTMENT OF FINANCIAL SERVICES
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

For assistance call 1-800-342-1741
or contact your local EAO Office
Report all deaths within 24 hours 1-800-219-8953 or (850) 922-8953

RECEIVED BY CLAIMS-HANDLING ENTITY	SENT TO DIVISION DATE	DIVISION RECEIVED DATE

PLEASE PRINT OR TYPE

EMPLOYEE INFORMATION

NAME (First, Middle, Last)

Social Security Number: XXX-XX-

Date of Accident (Month-Day-Year)

Time of Accident ☐ AM ☐ PM

HOME ADDRESS

Street/Apt #: _____

City: _____ State: _____ Zip: _____

TELEPHONE Area Code Number

EMPLOYEE'S DESCRIPTION OF ACCIDENT (Include Cause of Injury)

OCCUPATION

INJURY/ILLNESS THAT OCCURRED

PART OF BODY AFFECTED

DATE OF BIRTH _____ / _____ / _____

SEX ☐ M ☐ F

EMPLOYER INFORMATION

COMPANY NAME: Volusia County Schools

D. B. A.: _____

Street: 200 North Clara Ave

City: DeLand State: FL Zip: 32721

FEDERAL I.D. NUMBER (FEIN): 59-6000884

DATE FIRST REPORTED (Month/Day/Year)

NATURE OF BUSINESS: Education

POLICY/MEMBER NUMBER: Self-Insured

TELEPHONE Area Code Number: 386-734-7190

DATE EMPLOYED _____ / _____ / _____

PAID FOR DATE OF INJURY ☐ YES ☐ NO

EMPLOYER'S LOCATION ADDRESS

Street: _____

City: _____ State: FL Zip: _____

LOCATION # (If applicable) Ctr #: _____

LAST DATE EMPLOYEE WORKED _____ / _____ / _____

RETURNED TO WORK ☐ YES ☐ NO
IF YES, GIVE DATE _____ / _____ / _____

WILL YOU CONTINUE TO PAY WAGES INSTEAD OF WORKERS' COMP? ☐ YES

LAST DAY WAGES WILL BE PAID INSTEAD OF WORKERS' COMP _____ / _____ / _____

PLACE OF ACCIDENT (Street, City, State, Zip)

Street: _____

City: _____ State: FL Zip: _____

COUNTY OF ACCIDENT Volusia

DATE OF DEATH (If applicable) _____ / _____ / _____

AGREE WITH DESCRIPTION OF ACCIDENT? ☐ YES ☐ NO

RATE OF PAY ☐ HR ☐ WK

$ _____ PER ☐ DAY ☐ MO

Number of hours per day _____

Number of hours per week _____

Number of days per week _____

Any person who, knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any employer or employee, insurance company, or self-insured program, files a statement of claim containing any false or misleading information commits insurance fraud, punishable as provided in s. 817.234. Section 440.105(7), F.S.

I have reviewed, understand and acknowledge the above statement.

EMPLOYEE SIGNATURE (If available to sign) _____ DATE _____

EMPLOYER SIGNATURE _____ DATE _____

NAME, ADDRESS AND TELEPHONE OF PHYSICIAN OR HOSPITAL

AUTHORIZED BY EMPLOYER ☐ YES ☐ NO

CLAIMS-HANDLING ENTITY INFORMATION

☐ 1(a) Denied Case - DWC-12, Notice of Denial Attached

☐ 1(b) Indemnity Only Denied Case - DWC-12, Notice of Denial Attached

☐ 2. Medical Only which became Lost Time Case (Complete all required information in #3)

Employee's 8TH Day of Disability _____ / _____ / _____

Entity's Knowledge of 8TH Day of Disability _____ / _____ / _____

☐ 3. Lost Time Case - 1st day of disability _____ / _____ / _____ Full Salary in lieu of comp? ☐ YES Full Salary End Date _____ / _____ / _____

Date First Payment Mailed _____ / _____ / _____ AWW _____ Comp Rate _____

☐ T.T. ☐ T.T. - 80% ☐ T.P. ☐ I.B. ☐ P.T. ☐ DEATH ☐ SETTLEMENT ONLY

Penalty Amount Paid in 1st Payment $_____ Interest Amount Paid in 1st Payment $_____

REMARKS:

INSURER CODE #

EMPLOYEE'S CLASS CODE

EMPLOYER'S NAICS CODE

SERVICE CO/TPA CODE #

CLAIMS-HANDLING ENTITY FILE #

INSURER NAME
United Self Insured Services

CLAIMS-HANDLING ENTITY NAME, ADDRESS & TELEPHONE

P.O. Box 616648
Orlando, FL 32861-6648
(407) 352-0374 (800) 444-9098
Fax (407) 352-5788

DWC-1 Purpose and Use Statement

The collection of the social security number on this form is specifically authorized by Section 440.185(2), Florida Statutes. The social security number will be used as a unique identifier in Division of Workers' Compensation database systems for individuals who have claimed benefits under Chapter 440, Florida Statutes. It will also be used to identify information and documents in those database systems regarding individuals who have claimed benefits under Chapter 440, Florida Statutes, for internal agency tracking purposes and for purposes of responding to both public records requests and subpoenas that require production of specified documents. The social security number may also be used for any other purpose specifically required or authorized by state or federal law.

A Comprehensive Accident Report must be completed and submitted online as part of completing the workers' compensation packet. The e-CAR can be located using any of the links provided below.

- Office of General Counsel webpage - https://www.vcsedu.org/directory/departments/office-of-general-counsel
- Workers' Compensation webpage - https://www.vcsedu.org/directory/departments/office-of-general-counsel/workers-compensation
- Fire, Health & Safety Dept. webpage -https://www.vcsedu.org/directory/departments/operation-services/maintenance-operations/fire-health-safety-department
- VCS VPortal

WORKERS' COMPENSATION – EMPLOYEE ACKNOWLEDGMENT

To provide quality medical care in the event of a work-related injury or illness, the Volusia County School District has instituted a Medical Management Program for Workers' Compensation with AmeriSys, which includes the Coventry Network of medical providers. Claims will be administered by United Self-Insured Services (USIS). Any treatment received apart from the provider(s) authorized by USIS is the responsibility of the employee.

By signing this, I agree that I have read this document and I understand it is my responsibility to:

- Complete a Comprehensive Accident Report
- Review and sign the First Report of Injury or Illness prepared by the designated benefit contact and the Employee Acknowledgement Form
- Review the Employee Facts brochure
- Ensure all medical treatment obtained is only through an authorized workers' compensation medical care provider
- **Report back to the supervisor/benefit contact immediately after each medical appointment to advise of work status and restrictions assigned by the authorized physician in writing, even if you are not returning to work that day. THE EMPLOYEE WILL ALWAYS HAVE A TEMPORARY LIGHT DUTY POSITION MADE AVAILABLE TO ACCOMMODATE RESTRICTIONS.**
- To provide the workers' compensation contact a copy of every doctor's report after each and every visit
- Follow the approved primary workers' compensation medical care provider's (i.e., PrimeCare or Centra Care) treatment instructions
- Obtain prescriptions using the ScriptAdvisor Temporary Prescription Benefit Card and understand all prescriptions must be authorized by USIS/AmeriSys
- Direct all questions about the level of care to the third-party administrator, United Self-Insured Services at 800-444-9098

I understand that:

- The use of hospital facilities should be for emergency treatment ONLY and requires advance authorization

- Only USIS will authorize and schedule all referrals (ie., orthopedic, physical therapy, diagnostic studies)

- Hours equivalent to ten (10) in-line-of-duty days can be used for workers' compensation medical appointments during working hours for FT/PT employees only. **If all in-line-of-duty days have been exhausted, time used for medical appointments during working hours would be taken from employee's time (sick, vacation, etc.), if available, or will otherwise be unpaid**.

- In-line-of-duty hours may not be used for missed days, unless an authorized physician has placed the employee on non-work status in writing and documentation has been provided to the benefit contact and the Workers' Compensation Analyst, Jill Fitzgerald (jdfitzge@volusia.k12.fl.us).

- In-line-of-duty pay is not applicable to substitute teachers or substitute paraprofessionals.

- **If at any point, I have questions about my responsibilities, I should contact the Workers' Compensation Analyst, Jill Fitzgerald at** jdfitzge@volusia.k12.fl.us **or extension 20273.**

Please sign below to indicate that you have read and understand the procedures to follow in the event of an injury or illness and your responsibilities under our managed care arrangement.

_____	_____
Employee's Signature	Date
_____	_____
Employee's Printed Name	Department/School Location

AUTHORIZATION FOR RELEASE OF MEDICAL INFORMATION
Autorización para Obtener información Medica
Please sign and return to USIS (Por favor firmar y devolver a USIS)

The Health Insurance Portability and Accountability Act of 1996 ("HIPAA") allows disclosures of protected health information in workers' compensation cases, as provided in 45 C.F.R. 164.512(1), which states:

> A covered entity may disclose protected health information as authorized by and to the extent necessary to comply with the laws related to workers' compensation or other similar programs, established by law, which provide benefits for work-related injuries or illness without regard to fault.

Florida law establishes workers' compensation coverage in Chapter 440, Florida Statutes.

La Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos de 1996 ("HIPAA") permite la divulgación de información médica protegida en casos de compensación laboral, de conformidad con lo dispuesto en 45 C.F.R. 164.512(1), que establece:

> Una entidad cubierta puede divulgar información de salud protegida según lo autorice y en la medida necesaria para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación de trabajadores u otros programas similares, establecidos por ley, que brindan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo, sin tener en cuenta la culpa.

La Ley de Florida establece la compensación para los trabajadores en el capítulo 440 de los estatutos de Florida.

Patient Name (Nombre del Paciente): _____

Date of Birth (Fecha de Nacimiento): _____

Claim Number (Numero de Reclamo): _____

The undersigned authorizes the release of the medical information specified below to the following entities:
El suscrito autoriza la divulgación de la información medica especificada a continuación a las siguientes entidades:

USIS/AmeriSys
PO Box 616648
Orlando, FL 32861-6648

Specific Information to be disclosed:
Any and all medical reports, lab reports, surgical records, medical histories, findings, prognoses, office notes, billing records, and other information or documents relating to any medical treatment, hospitalization, prescription drugs, or other services or supplies, including psychiatric treatment or treatment of alcoholism or drug abuse of the injured employee, by any hospital, medical clinic, surgeon, physician, pharmacist or any other provider of medical services, treatment or supplies. This information will be handled according to HIPAA guidelines expressly for the purpose of administering the workers' compensation claim with date of injury.

Información específica para revelar:
Todos y cada uno de los informes médicos, informes de laboratorio, registros quirúrgicos, historiales médicos, hallazgos, pronósticos, notas de consultorio, registros de facturación y otra información o documentos relacionados con cualquier tratamiento médico, hospitalización, medicamentos recetados u otros servicios o suministros, incluido el tratamiento psiquiátrico o tratamiento del alcoholismo o abuso de drogas del empleado lesionado, por parte de cualquier hospital, clínica médica, cirujano, médico, farmacéutico o cualquier otro proveedor de servicios, tratamiento o suministros médicos. Esta información se manejará de acuerdo con las pautas de HIPAA expresamente con el fin de administrar el reclamo de compensación para trabajadores con la fecha de la lesión.

This authorization will expire one year from the date it is executed.
Esta autorización expirará un año después de que se haya ejecutado.

Consent is necessary by parent, guardian or authorized representative.
Consentimiento del pariente, guardián o representante autorizado es necesario.

Employee's Name (Nombre del empleado): _____ **(Please print/letra de molde)**

Signature {Firma): _____ Date (Fecha): _____

Fraud Statement Acknowledgement

According to Workers' Compensation statute, effective 10/1/03, if you have a work-related injury you must read and sign this form and return it to us immediately or your benefits may be suspended until your signature is received.

Pursuant to Florida Statute 440.105 (7): "An injured employee or any other party making a claim under this Chapter shall provide his or her personal signature attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the following statement:

> ANY PERSON WHO, KNOWINGLY AND WITH INTENT TO INJURE , DEFRAUD, OR DECEIVE ANY EMPLOYER OR EMPLOYEE, INSURANCE COMPANY, OR SELF-INSURED PROGRAM, FILES A STATEMENT OF CLAIM CONTAINING ANY FALSE OR MISLEADING INFORMATION COMMITS INSURANCE FRAUD , PUNISHABLE AS PROVIDED IN s. 817.234.

If the injured employee or other party refuses to sign the document attesting that he or she has reviewed, understands, and acknowledges the statement, benefits or payments under this Chapter shall be suspended until such signature is obtained."

Reconocimiento de Declaracion de Fraude

De acuerdo a la Ley de lndemnizacion a los Trabajadores, efectivo el 10/1/03, si usted tiene un accidente de trabajo, usted debera leer, firmar y devolver el documento adjunto immediatamente o sus beneficios seran suspendidos hasta tanto se reciba este documento firmado.

De acuerdo a la Ley de Compensacion de la Florida 440.105 (7): El accidentado u otra persona que haga un reclamo de acuerdo a este capitulo debera proveer sufirma testificando que el o el/a ha revisado, entendido, y reconoce la siguiente dec/araci6n:

> **CUALQUIER PERSONA QUIEN CON CONOCIMIENTO, CON INTENCION DE RACER DANO, DE DEFRAUDAR,0 ENGANAR CUALQUIER PATRONO O EMPLEADO, COMPANIA ASEGURADORA, 0 PROGRAMAS DE AUTOASEGUARADO, SOMETA UN TESTIMONIO DE RECLAMO CON FALSA O INFORMACiON ENGAfolOSA COMETE FRAUDE CONTRA LA COMPAFliA DE SEGUROS , CASTIGADO SEGUN PROVISTO POR EL ESTATUTO 817.234.**

Si el accidentado u otra persona que haga un reclamo, se niega a firmar este documento dando fe de que el o el/a ha revisado, entendido y reconoce la siguiente declaracion, benejicios o pagos elegibles dentro de este capitulo, seran suspendidos hasta tanto la firma sea obtenida.

Signature *(firma)*	Date *(fecha)*
	XXX-XX-
Print Name *(nombre en letra de mo/de)*	Social Security Number *(numero de seguro social)*

PLEASE IMMEDIATELY SIGN AND RETURN TO :
Favor firmar y enviar inmediatamente a vuelta de correo al Especialista de Reclamo:

USIS
CLAIMS DEPT
PO BOX 616648
ORLANDO, FL 32861-6648

WORKERS' COMPENSATION – MEDICAL TREATMENT AUTHORIZATION FORM

Prime Care Locations:	**Centra Care Locations*:**
1890 LPGA Blvd., Ste. 130, Daytona Beach – (386) 274-2212	1014 W Int'l Speedway, Daytona Bch – (386) 872-5044
1327 Saxon Dr., New Smyrna Beach – (386) 767-2402	1245 W. Granada Blvd, Ormond Bch – (386) 317-9055
Halifax Health Express Care Locations:	1208 Dunlawton Ave, Port Orange – (386) 304-7320
5440 S. Williamson Blvd., Ste. 101, Port Orange – (386) 845-5451	2293 S. Woodland Blvd, Deland – (386) 279-7010
3048 S Atlantic Ave Ste 101, Daytona Beach – (386) 845-5450	1360 Saxon Blvd, Orange City – (386) 917-0074
2090 Saxon Boulevard, Deltona - 386-845-5452	***All other Centra Care locations are authorized, only Volusia County is listed**
Concentra Daytona Beach, 2200 W. International Speedway Blvd., Ste 2, Daytona Beach, FL 32114	**Medfast Urgent Care Center** – 1000 S. Ridgewood Ave, Edgewater – 386-220-8222

Date of Authorization: _____ (Valid for one week from authorization date only as to initial visit[1]; **Request a new authorization from worksite if needed due to expiration.**) **If an authorized urgent care facility refers an employee to the emergency room ("ER"), follow up care at the original authorized urgent care continues to be authorized after the ER visit, until they have been placed at MMI or until employee's care is transferred entirely to a specialist and said transfer is authorized by USIS.**

Name of Injured Employee: _____ is authorized to seek medical attention at a designated facility.

Occupation of Injured Employee: _____

_____ _____

Signature of Authorizing Person **Title**

INSTRUCTIONS FOR PRIMARY CARE PHYSICIAN

[1] Once initial visit has occurred, urgent care continues to be authorized unless the employee has been placed at MMI or the employee's care has been transferred entirely to a specialist and transfer is authorized by USIS.

Our employee is a valued member of our work team at Volusia County Schools. We have sent this individual to you for immediate, quality care and evaluation of his/her ability to return to work.

Volusia County Schools is willing to temporarily modify the employee's assigned duties to promote and ensure his/her safe and effective return to work if restrictions are recommended.

After you have treated our employee, **please complete a DWC-25 form, per Florida Workers' Comp. Statute, specifying any work restrictions**. Please fax a copy of all forms to United Self-Insured Services (USIS) at 407-352-5788. Any referrals to a specialty physician must be PRE-AUTHORIZED by USIS, third party administrator for Volusia County Schools.

• **Please forward all bills to: United Self-Insured Services, P.O. Box 616648, Orlando, FL 32861-6648**

VOLUSIA COUNTY SCHOOLS

Authorized Treatment Facilities

Eastside Locations	Hours
Medfast Urgent Care Center 1000 S. Ridgewood Ave Edgewater, FL 32132 Phone: (386) 220-8222 Fax: (386-220-8233	Monday – Sunday, 7:30 a.m. to 7:00 p.m. (Please arrive by 6:30 p.m.)
PrimeCare at Twin Lakes 1890 LPGA Blvd., Suite 130 Daytona Beach, FL 32117 Phone: (386) 274-2212	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday, 8 a.m. to 6 p.m. Sunday & Holidays, 9 a.m. to 6 p.m.
PrimeCare at New Smyrna Beach 1327 Saxon Dr. New Smyrna Beach, FL 32169 Phone: (386)-767-2402 Fax: (386)-767-1566	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday, 8 a.m. to 6 p.m. Sunday & Holidays, 9 a.m. to 6 p.m.
Centra Care at Daytona*** 1014 W. Int'l Speedway Blvd Daytona Beach, FL 32114 Phone: (386) 872-5044 Fax: (386) 872-7975	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday & Sunday, 8 a.m. to 5 p.m. (Please arrive by 4:30 p.m.)
Centra Care at Ormond Beach*** 1245 W. Granada Blvd. Ormond Beach, FL 32174 Phone: (386)-317-9055 Fax: (386)-317-9054	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday & Sunday, 8 a.m. to 5 p.m. (Please arrive by 4:30 p.m.)
Centra Care at Port Orange*** 1208 Dunlawton Ave. Port Orange, FL 32127 Phone: (386)-304-7320 Fax: (386)-304-7374	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday & Sunday, 8 a.m. to 5 p.m. (Please arrive by 4:30 p.m.)
Halifax Health Express Care 5440 S. Williamson Blvd., Ste. 101 Port Orange, FL 32128 Phone: (386) 845-5451 Fax: (386) 845-5455	Monday - Thursday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m. (Please arrive by 5:30 p.m.) Saturday & Sunday,9 a.m. to 4 p.m. (Please arrive by 3:30 p.m.)

Halifax Health Express Care 3048 S Atlantic Ave Ste 101 Daytona Beach, FL 32118 Phone: (386) 845-5450 Fax: (386) 5454	Monday - Thursday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m. (Please arrive by 5:30 p.m.) Saturday & Sunday,9 a.m. to 4 p.m. (Please arrive by 3:30 p.m.)
Concentra Daytona Beach 2200 West International Speedway Blvd., Suite 2 Daytona Beach, FL 32114 Phone: (386) 323-7048	Monday – Friday, 8 a.m. to 5 p.m. (Please arrive by 4:30 p.m.)
Westside Locations	**Hours**
Centra Care at DeLand*** 2293 S. Woodland Blvd DeLand, FL 32720 Phone: (386) 279-7010 Fax: (386) 279-7474	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday & Sunday, 8 a.m. to 5 p.m. (Please arrive by 4:30 p.m.)
Halifax Health Express Care 2090 Saxon Boulevard Deltona, FL 32725 Phone: (386) 845-5452 Fax: (386) 845-5456	Monday - Thursday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Friday, 8 a.m. to 6:00 p.m. (Please arrive by 5:30 p.m.) Saturday & Sunday,9 a.m. to 4 p.m. (Please arrive by 3:30 p.m.)
Centra Care at Orange City*** 1360 Saxon Blvd. Orange City, FL 32763 Phone: (386)-917-0074 Fax: (386)-917-0173	Monday - Friday, 8 a.m. to 8 p.m. (Please arrive by 7:30 p.m.) Saturday & Sunday, 8 a.m. to 5 p.m. (Please arrive by 4:30 p.m.)

*** Although only Volusia County locations are listed, **ALL CENTRA CARE LOCATIONS ARE AUTHORIZED.**

ScriptAdvisor®

USIS
SERVICE BEYOND THE CONTRACT
A Davies Company

FAST & SIMPLE: GETTING YOUR FIRST PRESCRIPTION FILLED

ScriptAdvisor has been selected by **USIS** to assist you in obtaining prescription drugs related to your claim. This form enables you to fill prescriptions written by your authorized physician for medications related to your injury. Simply present it at the pharmacy at the time your prescription is filled. This form should ensure that you will have NO out-of-pocket expenses.

Please Note: This is a temporary prescription card; you may receive a permanent drug card in the future.

For your convenience, **ScriptAdvisor** has an extensive network of retail pharmacies including major chain drug stores. For pharmacy locations, you may call our toll-free number at 866.846.9279 or visit our website at www.enlyte.com/scriptadvisor to access the pharmacy locator.

Employee

- **You may contact ScriptAdvisor Customer Service at 866.846.9279 or you may present this sheet to the pharmacist along with your prescription.**

Pharmacy

- This sheet is a Temporary Prescription ID Card for a **10** Days' Supply Fill until this individual's permanent card can be provided.
- **Create the ID number** based off the criteria provided and write it, along with individual's name, on the ID card below.
- All data needed to process this script through the Script Care Adjudication System is included in the drug card represented below.

ScriptAdvisor

Temporary Prescription Benefit Card

SCRIPT CARE, LTD.

Attention Pharmacists: Process through Script Care and Enter RxBIN, RxPCN and GROUP.

Member Name:

Member ID #:

Date of Injury + Date of Birth (Example: MMDDYYMMDDYY)

Rx BIN:	023377
PCN:	MPS
Group:	001819TC

Questions? Need Help?

Call (866) 846-9279

Our representatives are available 24/7 to answer any questions you may have regarding your pharmacy benefits.

This card is to be used for prescriptions related to your injury covered under your insurance policy. Use of this card does not waive any limitations or exclusions for the policy. This card does not confirm coverage. To confirm eligibility or obtain specific information, please contact the Help Desk with the information from the front of this card.

ScriptAdvisor®

866.846.9279

© 2024 Enlyte Group, LLC.

ScriptAdvisor®

USIS
SERVICE BEYOND THE CONTRACT
A Davies Company

RÁPIDO Y SIMPLE: OBTENER SU PRIMERA RECETA SURTIDA

ScriptAdvisor ha sido seleccionado por **USIS** para ayudarlo a obtener medicamentos recetados relacionados con su reclamo. Este formulario le permite surtir recetas escritas por su médico autorizado medicamentos relacionados con su lesión. Simplemente preséntelo en la farmacia en el momento en que se surta su receta. Este formulario debe garantizar que NO tendrá gastos de bolsillo.

Tenga en cuenta: Esta es una tarjeta de prescripción temporal; es posible que reciba una tarjeta de medicamentos permanente en el futuro.

Para su comodidad, **ScriptAdvisor** tiene una extensa red de farmacias minoristas, incluidas las principales cadenas de farmacias. Para ubicaciones de farmacias, puede llamar a nuestro número gratuito al 866.846.9279 o visitar nuestro sitio web en www.enlyte.com/scriptadvisor para acceder al localizador de farmacias.

Empleado

- **Puede comunicarse con el Servicio al Cliente de ScriptAdvsior al 866.846.9279 o puede presentar esta hoja al farmacéutico junto con su receta.**
-

Farmacia

- Esta hoja es una tarjeta de identificación de prescripción temporal para un suministro de **10** días hasta que se pueda proporcionar la tarjeta permanente de esta persona.
- **Cree el número de identificación** basado en los criterios proporcionados y escríbalo, junto con el nombre del individuo, en la tarjeta de identificación a continuación.
- Todos los datos necesarios para procesar este script a través del Sistema de Adjudicación de Script Care se incluyen en la tarjeta de medicamentos que se representa a continuación.

ScriptAdvisor

Temporary Prescription Benefit Card

SCRIPT CARE, LTD.

Attention Pharmacists: Process through Script Care and Enter RxBIN, RxPCN and GROUP.

Member Name:

Member ID #:

Date of Injury + Date of Birth (Example: MMDDYYMMDDYY)

Rx BIN:	023377
PCN:	MPS
Group:	001819TC

Preguntas? Necesita Ayuda?

Llámanos (866) 846-9279

Nuestros representantes está disponibles las 24 horas del día, los 7 día de la semana para responder cualquier pregunta que pueda tener.

Esta tarjeta debe usarse para medicamentos recetados relacionados con su lesión cubierta por la póliza de seguro. El uso de esta tarjeta no renuncia a ninguna limitación o exclusión de la póliza. Esta tarjeta no confirma la cobertura. Para confirmar la elegibilidad u obtener información específica, comuníquese con la mesa de ayuda con la información que se encuentra en el anverso de esta tarjeta.

ScriptAdvisor®

866.846.9279

© 2024 Enlyte Group, LLC.

What to do in Case of a Work-Related Injury?
(¿Qué hacer en caso de una lesión relacionada con el trabajo?)

Reporting an Injury/Illness *(Reportar una Lesión/Enfermedad)*

It is the responsibility of every employee to report a work-related injury/illness as soon as it happens. The employee must notify his/her supervisor and work-site workers' compensation contact immediately and complete a *Comprehensive Accident Report*. The workers' compensation contact will complete the *First Report of Injury/Illness* Form and will offer medical attention, if needed, with an approved workers' compensation medical management treatment facility. An *Employee Acknowledgement Form* must be reviewed and signed by the employee and a *Medical Authorization for Treatment Form* will be completed by the workers' compensation contact/supervisor if medical care is necessary.

Es responsabilidad de cada empleado informar una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo tan pronto como ocurra. El empleado debe notificar a su supervisor y al contacto de compensación para trabajadores en el lugar de trabajo de inmediato y completar un informe completo de accidentes. El contacto de compensación para trabajadores completará el Formulario de Primer Reporte de lesión/enfermedad y ofrecerá atención médica, de ser necesaria, con un centro de tratamiento de gestión médica de compensación para trabajadores aprobado. El empleado debe revisar y firmar un Formulario de reconocimiento del empleado y el contacto/supervisor de compensación para trabajadores completará un Formulario de autorización médica para el tratamiento si es necesaria la atención médica.

Obtaining Medical Attention *(Obtener atención médica)*

When an employee requires medical treatment for a work related injury/illness, the benefit contact person will complete the *Medical Authorization for Treatment Form* authorizing the employee to be treated and evaluated by our authorized providers for initial medical care. In order for the employee to receive the medical benefits at no cost to them, treatment for the work-related injury/illness (s) must be sought from an authorized facility or provider. The authorized treating physician will evaluate and treat the employee and will give him/her a *Return to Work Status Report* which must be returned to the benefit contact person and supervisor. If follow-up appointments are required, In Line of Duty Days may be used during working hours. If all In Line of Duty Days have been exhausted, time used for medical appointments during working hours would be taken from the employee's time (sick, vacation, etc.).

Cuando un empleado requiere tratamiento médico por una lesión/enfermedad relacionada con el trabajo, la persona de contacto de beneficios completará el Formulario de autorización médica para tratamiento autorizando al empleado para ser tratado y evaluado por nuestros proveedores autorizados para recibir atención médica inicial. Para que el empleado reciba los beneficios médicos sin costo para él, se debe buscar tratamiento para la(s) lesión(es) relacionada(s) con el trabajo en un centro o proveedor autorizado. El médico autorizado evaluará y tratará al empleado y le entregará un Informe de Estado de Regreso al Trabajo que debe ser devuelto a la persona de contacto de beneficios y al supervisor. Si se requieren citas de seguimiento, los días laborables se pueden usar durante las horas de trabajo. Si se han agotado todos los días laborales, el tiempo utilizado para citas médicas durante las horas de trabajo se descontará del tiempo del empleado (enfermedad, vacaciones, etc.).

Referral To Specialist *(Referencia a especialista)*
Services of a specialist require a request from an authorized physician and authorization by the Third Party Administrator, United Self Insured Services (USIS) or the AmeriSys Case Manager.

Los servicios de un especialista requieren una solicitud de un médico autorizado y la autorización del Administrador externo, United Self Insured Services (USIS) o el Administrador de casos de AmeriSys.

Prescriptions *(recetas)*
Prescription drugs may be obtained at a participating pharmacy at no cost to the employee. All prescriptions must be authorized by USIS/AmeriSys. Volusia County Staff are not authorized to approve prescription release. Contact USIS at 800-444-9098 for instructions as to pharmacy locations for orthopedic devices, such as crutches, splints, boots, etc.

Los medicamentos recetados se pueden obtener en una farmacia participante sin costo alguno para el empleado. Todas las recetas deben estar autorizadas por USIS/AmeriSys. El personal del condado de Volusia no está autorizado para aprobar la liberación de recetas. Comuníquese con USIS al 800-444-9098 para obtener instrucciones sobre las ubicaciones de las farmacias para dispositivos ortopédicos, como muletas, férulas, botas, etc.

Employee Request for a One Time Change *(Solicitud de empleado para un cambio único)*
An injured worker is entitled to a one time change under the medical management agreement and the request must be in writing. Upon receipt, USIS will contact the employee to confirm an understanding of the request and the authorization and transfer of care to another qualified provider will be scheduled.

Un empleado lesionado tiene derecho a un cambio único según el acuerdo de gestión médica y la solicitud debe hacerse por escrito. Al recibirlo, USIS se comunicará con el empleado para confirmar que comprende la solicitud y se programará la autorización y la transferencia de la atención a otro proveedor calificado.

Maximum Medical Improvement (MMI) *(Máxima Mejoría Médica (MMI))*
Once you reach a plateau with your care and are at MMI, you are responsible for a $10.00 copayment for each medical visit after the MMI date, with the exception of emergency care.

Una vez que llegue a un límite con su atención y esté en MMI, usted es responsable de un copago de $10.00 por cada visita médica después de la fecha de MMI, con la excepción de la atención de emergencia.

Dissatisfaction with Medical Care *(Insatisfacción con la atención médica)*
If you are dissatisfied with any portion of the treatment or have any problems, please call 1-800-444-9098.

Si no está satisfecho con alguna parte del tratamiento o tiene algún problema, llame al 1-800-444-9098.

Employee Assistance Office

The Division of Workers' Compensation, Employee Assistance Office (EAO), helps prevent and resolve disputes between injured workers, employers and carriers. If the insurance carrier does not provide benefits to which you believe you are entitled, you may call EAO's toll-free hotline at **1-800-342-1741**. EAO specialists are knowledgeable about the workers' compensation system. They will be able to address your concerns and attempt to prevent or resolve disputes. EAO has offices throughout the state that you can call or visit. You can find EAO statewide locations at http://www.MyFloridaCFO.com/WC/organization/eao_offices.html.

Services provided by EAO include:

- Educating and providing information to you about your claim.
- Assisting you in resolving disagreements regarding your claim, at no cost to you.
- Assisting you with understanding the procedures for filing a Petition for Benefits with a Judge of Compensation Claims.

Information regarding your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Law is available in an on-line "Injured Worker Workshop" presentation on the Division's Web site at www.MyFloridaCFO.com/WC/employee/index.html, and answers to frequently asked questions can be accessed at www.MyFloridaCFO.com/WC/faq/faqwrkrs.html.

You may also submit specific questions relating to your claim to us at wceao@MyFloridaCFO.com and receive answers directly by e-mail.

Statute of Limitations

Once you are injured at work or become aware of a workers' compensation injury or illness, you have 30 days in which to report your injury or illness to your employer. Failure to report your injury within 30 days may jeopardize your claim.

Generally, you have two years from the date of your injury or illness to file a claim for workers' compensation benefits. Failure to report your injury or illness within 30 days may be used as a defense against your claim regardless of the two-year statute of limitations for filing a claim. Your eligibility for benefits may also be eliminated one year from the date you last received a wage replacement check or approved medical treatment.

Denial of Benefits

If the insurance carrier does not provide benefits to which you believe you are entitled, or has denied your claim, contact the Employee Assistance Office (EAO). Although the EAO does not provide legal advice, our specialists will answer questions about your rights and responsibilities and may be able to resolve problems you're having with your workers' compensation claim. This help is **free** and available by contacting the EAO at **1-800-342-1741**.

Petition for Benefits

To begin the judicial procedure for obtaining benefits that you believe are due and owing under the law and have not been provided by the employer or insurance carrier, a Petition for Benefits form must be filed with the Office of Judges of Compensation Claims. The form can be accessed at www.jcc.state.fl.us/jcc/forms.asp.

Re-employment Services

If you are unable to perform the duties required for your former job as a result of your work-related injury or illness, you can contact the Department of Education, Division of Vocational Rehabilitation at www.rehabworks.org or call 850-245-3470 for free re-employment services.

Legal Representation

You are not required to have an attorney. If you do hire an attorney to represent you with your workers' compensation claim, the fees and costs may come out of your benefits, unless your employer or workers' compensation carrier is held responsible for paying your attorney fees. Although the Division does not provide legal advice, the Division will answer questions about your rights and responsibilities and may be able to resolve problems you may have with your workers' compensation claim. This help is **free** and available by contacting the Employee Assistance Office at **1-800-342-1741**.

Anti-Fraud Reward Program

Workers' compensation fraud occurs when any person knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any employer or employee, insurance carrier or self-insured program files false or misleading information. Workers' compensation fraud is a third-degree felony that can result in fines, civil liability and jail time. Rewards of up to $25,000 may be paid to individuals who provide information that lead to the arrest and conviction of persons committing insurance fraud. To report suspected workers' compensation fraud, call 1-800-378-0445.

Disclaimer:
This publication is being offered as an informational tool only and complies with s. 440.185 (4) F.S., with the understanding that this is not official language of the Florida Statutes. In no event will the Division of Workers' Compensation be liable for direct or consequential damages resulting from the use of this printed material.

69L-3.0035, F.A.C. Injured Worker Informational Brochure
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms
DFS-F2-DWC-60
Revised March 2010

EMPLOYEE FACTS

IMPORTANT

WORKERS' COMPENSATION INFORMATION FOR FLORIDA'S WORKERS

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
Florida Department of Financial Services

If you are injured as a result of a work-related accident, your employer's workers' compensation coverage may entitle you to medical and partial wage replacement benefits.

Medical Benefits

As soon as your employer's workers' compensation insurance company has knowledge of your work-related injury and has determined that your injury or illness is covered under Florida law, the company will:

- Provide an authorized physician
- Pay for all authorized medically necessary care and treatment related to your injury or illness
- Provide a one-time change of physician within five business days of receipt of your written request

Authorized treatment and care may include:

- Doctor visits
- Hospitalization
- Prostheses
- Physical therapy
- Medical tests
- Prescription drugs
- Travel expenses to and from authorized medical treatment or a pharmacy.

Once you reach maximum medical improvement (MMI), you are required to pay a $10 co-payment per visit for medical treatment. MMI occurs when the physician treating you determines that your injury or illness has healed to the extent that further improvement is not likely.

Wage Replacement Benefits

If you are unable to work or your earnings are lower because of a work-related injury or illness, you may be able to receive some wage replacement benefits. You may be eligible for these benefits if you have been disabled for more than seven calendar days and are not able to perform your normal job duties as advised by your authorized doctor.

If you qualify, wage replacement benefits will begin on the eighth day of partial or total disability. You will not receive wage replacement benefits for the first seven days of disability, unless you are disabled for more than 21 days due to your work-related injury or illness.

In most cases, the wage replacement benefits will equal two-thirds of your pre-injury regular weekly wage, but the benefit will not be higher than Florida's average weekly wage. You can generally expect to receive your first benefit check within 21 days after the carrier becomes aware of your injury or illness and bi-weekly thereafter.

- Temporary Total Benefits: These benefits are provided as a result of an injury or illness that temporarily prevents you from returning to work, and you have not reached MMI.
- Temporary Partial Benefits: These benefits are provided when the doctor releases you to return to work with restrictions and you have not reached MMI and earn less than 80 percent of your pre-injury wage. ***Note: The maximum length of time you can receive temporary total or partial benefits is 104 weeks or until the date of MMI is determined, whichever is earlier.***
- Permanent Impairment Benefits: These benefits are provided when the injury or illness causes any physical, psychological or functional loss and the impairment exists after the date of MMI. A doctor will assign a permanent impairment rating, expressed as a percentage of disability to the body as a whole.
- Permanent Total Benefits: These benefits are provided when the injury causes you to be permanently and totally disabled according to the conditions stated in the law.
- Death Benefits: Compensation for deaths resulting from workplace accidents include payment of funeral expenses and dependency benefits (subject to limits defined by law). A dependent spouse may also be eligible for job training benefits.

The rate, amount and duration of compensation for all wage replacement benefits are detailed in the workers' compensation law. **If you have questions about your benefits, call your claims adjuster or the Employee Assistance Office (EAO) at 1-800-342-1741.**

Injured Worker Responsibilities

Communicate with the Employer:

- Contact your employer immediately to notify them of your on-the-job injury or illness.
- Provide your employer a copy of the Medical Treatment/Status Reporting form (DWC25) after each medical appointment.
- Return to work when you are released by your physician and when your employer offers a position within your physical limitations to avoid suspension of your lost wage benefits.

Communicate with the Carrier:

- Review the First Report of Injury or Illness (DWC1) form upon receipt and verify the accuracy of your address, phone number, social security number and the description of the accident. If there is information you do not agree with, or if information has been omitted, immediately notify your adjuster in writing.
- Review, sign and return the mandatory fraud statement to the insurance carrier. By signing this document, you are confirming your understanding of this important information. Your benefits shall be suspended if you refuse to sign this document.
- Report wages from all sources of employment to the carrier if you had more than one employer in the 13 weeks immediately preceding your date of accident. This will assist the carrier in determining the proper wage replacement amount.
- Keep your adjuster regularly informed on the status of your claim, medical authorization needs and any wages you have earned. (Note: If you are represented by an attorney, the adjuster may not be able to speak with you directly.)
- Notify the carrier of any change of address or telephone number.
- Complete and return forms to the carrier when asked.

Communicate with the Authorized Treating Physician:

- Identify all body parts that are, or potentially may, be injured, and be specific when identifying areas of pain.
- Keep your appointments.
- Clarify your work status during appointments before leaving the physician's office.
- Follow your doctor's treatment plan.
- Ask your physician for the patient copy of the Medical Treatment/Status Reporting form (DWC25).
- Notify your physician of any change of address or telephone number.
- Call the authorized treating physician's office if you need to see the doctor before your next appointment date. The doctor's staff may be able to place your name on a cancellation list and you may be scheduled for an earlier appointment should one become available. If an appointment is not available and you need to see a doctor immediately, please contact your adjuster or the EAO.

Carrier Responsibilities

- Timely provision of medical treatment
- Timely payment of wage replacement benefits
- Timely payment of medical bills
- Timely reporting of your claim information to the Division of Workers' Compensation
- Timely notification of any changes in the status of your claim. This information will be provided to you by mail on either a Notice of Action / Change form (DWC4) or a Notice of Denial form (DWC12).

Oficina De Ayuda al Trabajador

La División de Compensación por Accidentes de Trabajo, Oficina de Ayuda al Trabajador (Employee Assistance Office [EAO]) ayuda prevenir y resolver disputas entre trabajadores lesionados, empleadores y compañías de seguros. Si la compañía de seguros no le provee beneficios a lo cuales usted cree tener derecho, puede llamar a la línea gratis del EAO **1-800-342-1741**.

Los especialistas de la EAO están bien informados sobre el sistema de compensación por accidentes de trabajo. Ellos podrán tratar sus preocupaciones y procurar prevenir o resolver disputas. EAO tiene oficinas por todo el estado donde usted puede visitar o llamar. Usted puede localizar estas oficinas estatales visitando nuestra página de web: www.MyFloridaCFO.com/Division/WC/Employee/eao_offices.htm

Servicios Proveído por el EAO incluyen:

- Educar y proveer información sobre su reclamo.
- Asistirle a resolver desacuerdos referentes a su reclamo sin ningún costo para usted.
- Asistirle a entender los procedimientos para iniciar el proceso judicial y someter una petición de beneficios a la oficina de jueces de reclamaciones de compensación.

Además, información sobre sus derechos y responsabilidades conforme a la ley de compensación por accidentes de trabajo esta disponible en el "Taller Para Empleados Lesionados "en la página Web de la División de Compensación por Accidentes de Trabajo: www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employee/education.htm

Se pueden obtener las respuestas a preguntas que se hacen con frecuencia en: www.MyFloridaCFO.com/Division/wc/Employee/faq.htm.
Usted también puede someternos sus preguntas específicas relacionadas con su reclamo al wceao@MyFloridaCFO.com y recibir la respuesta directamente por correo electrónico.

Estatuto de Limitaciones

Una vez que usted se ha lesionado en su trabajo o se da cuenta que su lesión o enfermedad es relacionada a su trabajo, usted tiene 30 días para reportar su lesión o enfermedad a su empleador. La falta de divulgar su lesión en el plazo de 30 días puede comprometer su reclamo.

Generalmente, usted tiene dos años a partir de la fecha de su lesión o enfermedad para reclamar beneficios por accidentes de trabajo. La falta de reportar su lesión o enfermedad en el plazo de 30 días se puede utilizar como defensa contra su reclamo sin importar el estatuto de dos años de las limitaciones para archivar una reclamación. Su elegibilidad para beneficios también se puede terminar un año después de recibir el último cheque de beneficio de reemplazo de salario o del último tratamiento médico que fue autorizado.

Negación de Beneficios

Si la compañía de seguro no le provee los beneficios que usted cree que tiene derecho a recibir, o ha negado su reclamo, puede contactar a la Oficina de Ayuda al Trabajador (EAO). Aunque la EAO no provee consejos legales, nuestros especialistas contestarán preguntas sobre sus derechos y responsabilidades y posiblemente resuelvan problemas que usted tenga con su reclamo. Esta ayuda es **gratis** y disponible si contacta EAO al **1-800-342-1741.**

Petición por Beneficios

Para comenzar el procedimiento judicial para obtener beneficios que se le deben según la ley y no han sido proveídos por el empleador o la compañía de seguros, debe presentar el formulario Petición por Beneficios (titulado en inglés Petition for Benefits) a la Oficina de Jueces de Reclamos de Compensación. El formulario se puede obtener en el sitio: www.jcc.state.fl.us/JCC/forms/.

Servicios de Reempleo

Si como resultado de su lesión u enfermedad de trabajo, usted no puede realizar los deberes que son requeridos en el lugar de empleo, puede contactar a la Oficina de Ayuda al Trabajador (EAO) en WCRES@MyFloridaCFO.com o puede llamar al **1-800-342-1741** para recibir servicios de reempleo gratis.

Representación Legal

No se requiere que usted tenga un abogado. Si usted contrata un abogado para que le ayude con su reclamo, es posible que se use una porción de sus beneficios para pagar el honorario y los gastos del abogado a no ser que su empleador o la compañía de seguros se haga responsable de pagarlos. Aunque la División de Compensación por Accidentes de Trabajo no provee asesoramiento legal, la División contestará preguntas sobre sus derechos y responsabilidades y posiblemente podrá resolver problemas que usted pueda tener con su reclamo. La ayuda es **gratis** y está disponible si usted contacta la Oficina de Ayuda al Trabajador (EAO) al **1-800-342-1741**.

Programa de Recompensa por Anti-Fraude

El fraude de seguro por accidentes de trabajo ocurre cuando cualquier persona con conocimiento y con el intento de hacer daño, defrauda o engaña a cualquier empleador o trabajador, compañía de seguros, o auto aseguradora, presenta información falsa o engañosa. El fraude de seguros por accidentes de trabajo es un delito mayor de tercer grado que puede resultar en multas, responsabilidad civil, o encarcelamiento. Recompensas de hasta $25,000.00 se pueden pagar a personas que proporcionan la información que conduce a la detención y a la convicción de personas que han cometido fraude de seguro. Llame al **1-800-378-0445** para reportar sospechas de fraude de seguro por accidentes de trabajo.

Limitación de responsabilidad
Esta publicación esta siendo ofrecida sólo como una herramienta de información, acata s.440.185 (4) F.S. con el entendimiento que esto no es lenguaje oficial de los Estatutos de la Florida. Bajo ningunas circunstancias será la División de Compensación por accidentes de trabajo responsable de daños directos o resultantes del uso de ese material.

69L-3.0035, F.A.C. Injured Worker Informational Brochure
Rule 69L-3.025, F.A.C. Forms
DFS-F2-DWC-61
Revised February 2014

Información Para Trabajadores

INFORMACIÓN IMPORTANTE

DE SEGURO DE INDEMNIZACION POR ACCIDENTES DE TRABAJO PARA LOS TRABAJADORES DE LA FLORIDA

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
Florida Department of Financial Services

Si usted se lesiona como resultado de un accidente de trabajo, la compañía de seguro de su empleador podría proveerle beneficios médicos y una porción de su salario.

Beneficios Médicos

Tan pronto la compañía de seguro tenga conocimiento de su lesión y determine que su lesión/enfermedad tiene cobertura de acuerdo a las leyes de la Florida, la compañía de seguro le:

- Proveerá un médico autorizado por la compañía de seguro
- Pagará por todo tratamiento que sea autorizado, médicamente necesario y relacionado a su lesión o enfermedad
- Proveerá una vez un cambio de médico dentro de cinco días de recibir su petición por escrito

Atención médica y tratamientos autorizados pueden incluir:

- Consultas médicas
- Terapia física
- Medicamentos recetados
- Gastos de viajes a consultas médicas o la farmacia
- Hospitalización
- Exámenes médicos
- Prótesis

En cuanto alcance la máxima mejoría médica (MMI por su sigla en ingles) usted tendrá que pagar un copago de $10.00 por cada consulta para tratamiento médico. La máxima mejoría médica ocurre cuando el médico que lo(a) atiende determina que su lesión o enfermedad ha sanado hasta el punto que una mejoría adicional no es probable.

Beneficios de Reemplazo de Salario

Si usted no puede trabajar o su ingreso es reducido debido a una lesión u enfermedad relacionada con su empleo, es posible que usted pueda recibir reemplazo parcial del salario. Usted puede ser elegible para estos beneficios si ha estado incapacitado(a) por mas de siete días y no ha podido cumplir con sus deberes normales en su empleo según el consejo de su médico autorizado.

Si usted califica, los beneficios de reemplazo de salario comenzarán al octavo día de incapacidad parcial o total. Usted no recibirá beneficio de reemplazo de salario por los primeros siete días de incapacidad a menos que usted ha estado incapacitado por más de 21 días debido a su lesión o enfermedad relacionado con su empleo.

En la mayoría de los casos, los beneficios de reemplazo de salario igualarán a dos tercios (2/3) del salario semanal regular que usted ganaba antes de sufrir la lesión o enfermedad, pero el beneficio no excederá el promedio de los salarios semanales en la Florida. Usted generalmente, puede esperar recibir su primer cheque de beneficio dentro de 21 días después de que la compañía de seguro tenga conocimiento de su lesión o enfermedad. Los (siguientes) cheques (adicionales) se enviarán quincenalmente.

- Beneficios por Incapacidad Total Temporal (TTD por su sigla en inglés)*: Estos beneficios son proveídos como resultado de una lesión u enfermedad que temporalmente prohibe que usted vuelva a trabajar y usted no ha alcanzado la máxima mejoría médica.
- Beneficios por Incapacidad Parcial Temporal (TPD por su sigla en inglés)*: Estos beneficios son proveídos cuando el médico le permite volver a trabajar con restricciones, usted no ha alcanzado la máxima mejoría médica, y gana menos del 80% del salario que ganaba antes de sufrir la lesión o enfermedad. ***Beneficios temporales son pagables por un máximo de 104 semanas o hasta la fecha que se determine que usted ha alcanzado la máxima mejoría médica, lo que ocurra primero.***
- Beneficios por Daños Permanente (IB por su sigla en inglés): Estos beneficios son proveídos cuando la lesión o enfermedad causa pérdida física, psicológica o funcional y la incapacidad existe después de la fecha de la máxima mejoría médica. [MMI] Un médico le asignará una valoración de incapacidad permanente a la lesión que será expresada como un porcentaje de incapacidad al cuerpo en su totalidad.
- Beneficios por Incapacidad Total Permanente (PTD por su sigla en inglés): Estos beneficios son proveídos cuando la lesión causa que usted sea permanente y totalmente incapacitado(a) según las estipulaciones de la ley.
- Indemnizaciones por Fallecimiento: Compensación por accidentes de trabajo que resulten en la muerte del trabajador incluye pago de gastos para el funeral y beneficios para los dependientes del fallecido (estos son sujetos a límites definidos por ley). Un cónyuge dependiente puede ser elegible para entrenamiento vocacional.

La tasa, cantidad, y duración de beneficios de reemplazo de salario son estipulados en la ley de compensación por accidentes de trabajo. **Si usted tiene preguntas sobre sus beneficios llame a su tasador(a) /ajustador(a) de reclamo o a la Oficina de Ayuda al Trabajador al 1-800-342-1741 Ext. 30027.**

Responsabilidades del Trabajador Lesionado

Comuníquese con el Empleador:

- Contacte su supervisor/empleador inmediatamente para notificarle que sufrió una lesión o enfermedad en su trabajo.
- Provéela a su empleador una copia del Formulario Para Reportar el Estatus de su Caso y Tratamiento Médico (formulario médico para reportar el tratamiento/estado de su caso) (DWC25) [titulada en Ingles "Medical Treatment /Status Reporting Form (DWC25)] después de cada cita medica.
- Vuelva a su lugar de empleo cuando su médico lo permita y su empleador le ofrezca un trabajo de acuerdo a sus limitaciones para evitar la suspensión de los beneficios de reemplazo de salario.

Comuníquese con la compañía de seguros:

- Revise el formulario Primer Reporte de la Lesión o Enfermedad (DWC1) [Titulada en inglés "First Report of Injury or Illness" (DWC1)] cuando la reciba y verifique su dirección, número de teléfono, número de seguro social, y la descripción del accidente. Si hay alguna información con la cual usted no esta de acuerdo, o si alguna información ha sido omitida, inmediatamente notifíqueselo a su tasador(a)/ ajustador(a) de reclamo por escrito.
- Revise, firme y devuelva a la compañía de seguros la declaración de fraude. Es una obligación. Al firmar este documento, esta confirmando que entendió esta información importante. Sus beneficios serán suspendidos si usted no firma y provée la declaración a la compañía de seguros.
- Si usted ha trabajado para más de un empleador durante las trece semanas inmediatamente antes de la fecha del accidente, reporte todos los salarios recibidos durante ese periodo. Esto ayudará a la compañía de seguros a determinar la cantidad correcta de su beneficio de reemplazo de salario.
- Mantenga a su tasador(a)/ajustador(a) de reclamo regularmente informado(a) sobre el estado de su reclamo, su necesidad de autorización de tratamiento médico, y cualquier ingreso. (Nota: si usted esta representado por un abogado, posiblemente su tasador(a) /ajustador(a) de reclamo no podrá hablar con usted directamente)
- Notifique a la compañía de seguros de cualquier cambio de dirección o número de teléfono.
- Complete y devuelva los formularios que requiera la compañía de seguros.

Comuníquese con el Médico Autorizado por la Compañía de Seguros:

- Identifique todas las partes del cuerpo que están o potencialmente pueden ser dañadas, y sea específico(a) al identificar las áreas del dolor.
- Cumpla con sus citas médicas.
- Aclare su estado laboral durante sus citas antes de salir de la oficina del médico.
- Siga el plan recomendado por su médico
- Pídale a su médico una copia del Reporte Médico Sobre el Estado/Tratamiento de su Caso (DWC25) [titulada en inglés, "Medical Treatment /Status Reporting Form (DWC25)]
- Notifique a su médico de cualquier cambio de dirección o número de teléfono
- Llame a la oficina del médico autorizado si usted necesita ver al médico antes de su próxima cita. Quizás el personal pueda anotar su nombre en una lista de cancelación y pueda conseguir una cita más pronto si otro paciente cancela su cita. Si no hay una cita disponible, y usted necesita ver un médico inmediatamente, por favor contacte su tasador(a)/ ajustador(a) de reclamo o la Oficina de Ayuda al Trabajador

Responsabilidades de la Compañía de Seguros

- Disposición oportuna del tratamiento médico
- Pago oportuno de beneficios de reemplazo de salario
- Pago oportuno de facturas médicas
- Notificación oportuna de su reclamo a la División de Compensación por Accidentes de Trabajo
- Notificación oportuna de cualquier cambio del estado de su reclamo. Esta información le será proveída por correo en una hoja titulada Notificación de Acción o Cambio (DWC4) [Titulado en inglés "Notice of Action/Change (DWC4)] o en una Notificación de Negación (DWC12) [Titulado en inglés Notice of Denial (DWC12)].