



WORKERS' COMPENSATION

WORKERS' COMPENSATION BOARD REGIONAL OFFICES

AUGUSTA
442 Civic Center Drive, Suite 225
156 State House Station
Augusta, ME 04333-0156
207-287-2308
1-800-400-6854

LEWISTON
36 Mollison Way
Lewiston, ME 04240-5811
207-753-7700
1-800-400-6857

BANGOR
396 Griffin Road, Suite 105
Bangor, ME 04401
207-941-4550
1-800-400-6856

PORTLAND
1037 Forest Avenue, Suite 11
Portland, ME 04103
207-822-0840
1-800-400-6858

CARIBOU
43 Hatch Drive, Suite 110
Caribou, ME 04736-2347
207-498-6428
1-800-400-6855

Visit our website at:
www.maine.gov/wcb
Statewide TTY: 711

Notice to Employees:

State law requires your employer to provide workers' compensation insurance for its employees. Workers' compensation insurance provides benefits to employees who are injured at work.

If you are injured at work, NOTIFY YOUR EMPLOYER AT ONCE. You may lose your right to receive benefits unless your employer is notified within 60 days of your injury. Your claim is also subject to a two year statute of limitations. Worker advocates are available at the Workers' Compensation Board to help injured workers.

It is against the law for employers to misclassify employees as independent contractors for the purposes of avoiding workers' compensation insurance, unemployment coverage, or other employer paid taxes and withholdings. For more information on laws pertaining to the hiring of independent contractors, visit the Worker Misclassification Task Force website at www.maine.gov/labor/misclass.

If you have any questions about your rights, please contact one of the regional offices.

A l'intention des Employes:

D'après les lois de l'Etat du Maine, votre employeur est tenu de souscrire à une assurance indemnisant ses employés victimes d'un accident du travail.

Si vous êtes victime d'un accident du travail, PREVEZ VOTRE EMPLOYEUR IMMEDIATEMENT. Passé un délai de 60 jours, vous risquez de perdre vos droits à l'indemnisation. Au-delà de deux ans, votre déclaration n'est plus recevable. Pour aider les victimes d'un accident du travail, le Workers' Compensation Board met des conseillers juridiques à leur disposition.

La loi interdit aux employeurs de classer fallacieusement leurs salariés comme étant des contractants privés aux fins d'échapper à l'assurance compensatrice-employé, aux

indemnités de chômage, ou aux autres charges et retenues dues par employeur. Pour plus de détails sur la législation relative à l'utilisation des services privés, visitez le site internet de Worker Misclassification Task Force (Unité anti-fraude en matière de classification des salariés) : www.maine.gov/labor/misclass.

Si vous n'êtes pas sûr de vos droits, veuillez contacter l'un des bureaux régionaux.

Aviso a los Trabajadores:

La ley del estado de Maine requiere que su empresario proporcione el seguro de compensaciones para el trabajador a todos los trabajadores. El seguro de compensaciones para el trabajador proporciona beneficios a los trabajadores accidentados en el trabajo.

En caso de sufrir accidente o daño laboral, NOTIFÍQUELO INMEDIATAMENTE A SU EMPRESARIO. Podría perder el derecho a recibir compensación a menos que su empresario sea notificado de este accidente o daño en el plazo de 60 días. Así mismo esta reclamación debe hacer referencia a un accidente o daño que no haya ocurrido hace más de dos años. Los defensores del trabajador están disponibles para proporcionar ayuda a los trabajadores accidentados en el Consejo de Administración de Compensaciones para el Trabajador (Workers' Compensation Board).

El hecho de no clasificar a los empleados como contratistas independientes, con el propósito de evitar el seguro por compensación al trabajador, cobertura para desempleados, u otros impuestos pagados y retenidos por el empleador; está en contra de la ley del empleador. Para mayor información acerca de las leyes pertenecientes a la contratación de contratistas independientes, visite el Worker Misclassification Task Force en la página web de www.maine.gov/labor/misclass.

En caso de tener cualquier pregunta sobre sus derechos, favor de dirigirse a una de las oficinas regionales de compensaciones para el trabajador.

ENGLISH

Interpreters Available
When calling for assistance, please say the name of your language in English and an interpreter will be called for you. Please stay on the line.

SPANISH

Tenemos intérpretes a su disposición
Si necesita que le atiendan en español por favor diga "Spanish" y le conectaremos con un intérprete. Por favor manténgase en la línea.

PORTUGUESE

Temos intérpretes à sua disposição
Se precisar de atendimento em Português, por favor diga "Portuguese" e um intérprete será prontamente chamado. Por favor, aguarde na linha.

ITALIAN

Abbiamo interpreti disponibili
Se avete bisogno di assistenza in Italiano, Vi preghiamo di dire "Italian" e un interprete sarà messo a Vostra disposizione. Vi preghiamo di rimanere in linea.

FRENCH

Des interprètes sont à votre disposition
Lorsque vous appelez pour demander de l'aide, prononcez le mot "French" et nous mettrons un interprète à votre disposition. Prière de rester en ligne.

POLISH

Tłumacze dostępni na życzenie.
Aby uzyskać pomoc tłumacze, proszę powiedzieć po angielsku "Polish" i czekać na linii.

RUSSIAN

“К вашим услугам имеются переводчики”
“Когда Вы обращаетесь за помощью по телефону, пожалуйста скажите, что Вы говорите по-русски (произнесите “РАШН”), и мы обеспечим Вас переводчиком. После этого, пожалуйста, оставайтесь на линии.”

CHINESE

提供口譯服務
打電話請求幫助時，請用英語說“拼音呢斯” (CHINESE) — 我們將為您提供口譯人員。請不要挂斷電話。

JAPANESE

通訳サービスをご利用いただけます
通訳を必要とされる場合は「ジャパニーズ」とおっしゃり、通訳がでるまでそのままお待ちください。

KOREAN

한국어 통역을 이용하실 수 있습니다.
도움이 필요하여 전화를 거실 때 영어로 코리언 (KOREAN) 이라고 말씀하시면 통역자를 연결해 드릴 것입니다. 전화를 끊지 마시고 기다리십시오.

VIETNAMESE

“Cố Thông Dịch Viên”
“Khi gọi điện thoại để được giúp đỡ, xin quý vị hãy nói “VIETNAMESE” để chúng tôi cho thông dịch viên giúp quý vị. Xin quý vị chờ trên đường dây.

ARABIC

مترجمون شفيون متيسرون لخدمتكم
عند إتصالكم للمساعدة أو لطلب خدمة معينة نرجو منكم أن تذكروا (أ-ز-ب-ك) ونحن سنقدم لكم مترجماً شفيياً . ابقوا على الخط من فضلكم.

PERSIAN

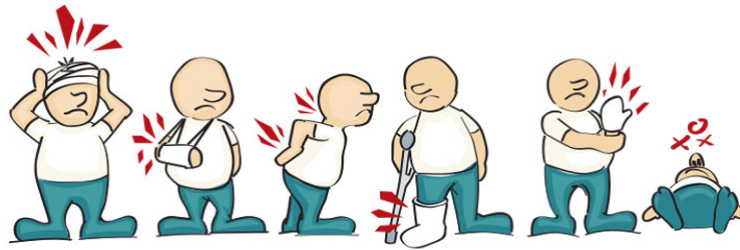
افراد مترجم در دسترس مي باشند.
را كه بدان صحبت مي كنيد به انگليسي ذكر كنيد تا راجع به امري به ما تلفن مي كنيد، لطفاً نام زباني قطع نكنيد. هنگاميكه براي درخواست كمك يا شما تماس گرفته شود. لطفاً روي خط منتظر بمانيد.
با يك مترجم براي

SOMALI

Turjunaanno waa la helayaa
Marka aad caawinaad inoogu soo yeeranaysid, fadhlan luqaddaada af Ingiriisi inoogu sheeg turjubaan ayaa lguugu yeeri doonaaye. Taleefoonkana ha dhigin.

To the employer: This notice must be posted in a conspicuous place upon your premises accessible to employees. 39-A MRSA §406. The State of Maine does not discriminate on the basis of disability in admission to, access to, or operation of its programs, services or activities. This poster is available in alternative format. For further assistance, contact the Maine Workers' Compensation Board, ADA Coordinator, telephone: (888) 801-9087 or TTY: 711.

**No matter how large or how small,
You must remember to report them all.**



Report ALL work-related incidents IMMEDIATELY to your supervisor.

Report every injury that occurs, even if you don't need medical attention.

Any unsafe work conditions should also be reported to your supervisor so that they may be corrected.

How to report a work-related injury



Online • www.normandyins.com



App • www.normandyins.com/claim-app



Search: Normandy - Claims Reporting



Email • compcare@normandyins.com



Call • 833-968-7642 (833-YOURNIC)



Fax • 833-770-1220

You do not need to wait until the incident report form is completed. Simply report the injury to Normandy Insurance right away with whatever information you have.



REPORTING A CLAIM

- Once an employee reports an injury, provide the employee instructions on how to obtain medical care
 - **In an emergency, dial 911** or get the employee to the closest hospital, emergency room or medical facility. In a non-emergency situation, the employee should be directed to an urgent care or walk-in clinic you have selected
 - Contact the medical provider/facility to let them know that an employee is being sent over for treatment and that a drug test should be completed on the injured employee
- To report a claim, **notify Normandy Insurance IMMEDIATELY (within 24 hours) via:**
 - Phone at **833-968-7642 (833-YOURNIC)** (this is the preferred method of reporting a claim), or
 - Email the completed First Notice of Injury form (DWC-1) to compcare@normandyins.com, or
 - Online at www.normandyins.com, or
 - Fax the completed First Notice of Injury form (DWC-1) to 833-770-1220
 - Immediate notification of a claim may help reduce the cost of the claim
 - Your company could be fined by the state for failure to report a claim to your insurance carrier
- If there is a job-related death or hospitalization of 1 or more employees you must notify OSHA **within 8 hours**, and each work-related inpatient hospitalization, as well as amputations and losses of an eye must be reported to OSHA **within 24 hours**. The reporting regulations affect all employers covered by OSHA, even those who are partially exempt from maintaining injury and illness records
 - The Occupational Safety and Health Administration (OSHA) in your state by telephone to the OSHA toll-free central telephone number, 1-800-321-OSHA (1-800-321-6742). Or by electronic submission using the reporting application located on OSHA's public Web site at www.osha.gov.
- Have the injured employee and supervisor and/or witnesses complete an Accident Investigation Report form
 - **NOTE: If you do not agree with the description of the accident or believe that an accident did not occur, you are still required to report the incident to Normandy. It is imperative that a claim be reported, even if it is questionable.**
- Maintain continuous contact with the injured employee to let them know that you are concerned about their well-being and that work is available. If an employee is released by their treating physician to return to work in an alternate duty capacity, you should attempt to make the necessary accommodations to bring the injured employee back into the workplace
- You can expect to hear from your adjuster within 24 hours of reporting a claim and also throughout the duration of the claim, but it is important that you also keep in touch with your adjuster.
- Provide your adjuster with any pertinent information that you may have with regard to your claims
- If an employee needs further medical treatment for the same injury or is having problems with claims payments, instruct them to contact their adjuster at 866-688-6442.
- Please visit www.normandyins.com for more information.



Claim Reporting Instructions

To Report A Claim:

Phone: 833-968-7642 (833-YOURNIC)

Online: www.normandyins.com

Email: compcare@normandyins.com

Fax: 833-770-1220

PHONE REPORTING:

If reporting by **PHONE**, the operator that answers the phone will ask question in regards to the accident. S/he will also obtain some personal information about the injured worker that is required in order to file a workers' compensation claim.

If necessary that operator will either connect the caller with the adjuster in order to obtain physician information in regards to where to treat. If the call is placed after hours that operator will provide the physician information.

FAX OR EMAIL REPORTING:

If reporting by **FAX** or **EMAIL**, claims should be reported on the **State Form DWC-1, First Report of Injury or Illness**. The following information is required for claim entry:

- Full name, address, telephone number of injured employee
- Occupation, date of birth, sex of injured employee
- The injured employee's Social Security number
- Date and time of accident
- Employee's description of accident
- Injury/illness that occurred, part of body injured
- Company name, phone, address; and policy number, if known
- Employer's location address is different from above
- Did the employee return to work? If so, note the date.
- Do you (the employer) agree with the accident?
- Name of physician or hospital where employee was sent by you for treatment
- Place/address accident occurred*
- Employee date of hire*

**Not required, but preferred*

A PDF version of the DWC-1 form that can be completed electronically is available for your convenience if you choose to report a claim via email or fax. Please contact your adjuster at **866-688-6442** to get a copy of this form.



First Fill Form

Client Name: Normandy Insurance

1. Instructions for the **EMPLOYER**:

- Provide this form to your injured worker to have any prescription filled for up to **7 Days**, and please fill out the information below:

Injured Worker Name:

SS#:

Injured Worker DOB:

Injured Worker Phone:

Injured Worker Employer:

Date of Injury:

Injured Worker Address:

City:

State:

Zip:

2. Instructions for the **INJURED WORKER** / Instrucciones para el **TRABAJADOR LESIONADO**:

- You, the injured worker, will need to bring this form and provide it to the pharmacy along with your prescriptions related to the treatment of your work related injury/illness
- Usted, el trabajador lesionado, deberá llevar este formulario y entregarlo en la farmacia junto con sus recetas relacionadas con el tratamiento de su lesión/enfermedad laboral.

3. Instructions for the **PHARMACY**:

- Please submit workers' compensation claims to **S1 Medical** using the following information:

BIN	PCN	Group Id	Member Id
610237	123119	NOR001	Injured Worker SS#

- Prescription(s) will fill for up to **7 Days**. If there is a remaining balance on the script after it is filled, S1 Medical will call back if and when the balance has been approved. If you need assistance, please call **S1 Medical** at (888) 356-3332.

Representative's on-call 24 hours/7 days a week.

FOR ALL REJECTIONS OR QUESTIONS CALL: (888) 356-3332



COMO REPORTAR UNA RECLAMACIÓN

- Una vez que un empleado reporta una lesión o una enfermedad, dele instrucciones sobre cómo obtener atención médica.
 - **En caso de emergencia, marque el 911** o lleve al empleado al hospital, sala de emergencias o centro médico más cercano
En una situación que no sea de emergencia, el empleado debe ser dirigido a una clínica de atención urgente (urgente care) o ambulatoria (walk-in) que usted haya seleccionado.
 - Contacte al proveedor/centro médico para informarles que se va a enviar a un empleado para que reciba tratamiento y que se debe realizar una prueba de drogas al empleado lesionado
- Para informar de un accidente, **notifique a Normandy Insurance INMEDIATAMENTE (en un plazo de 24 horas) a través de:**
 - Por teléfono, llamando **al 833-968-7462 (833-YOURNIC)** (este es el método preferido para notificar un accidente), o
 - Envíe por correo electrónico el Formulario de Primera Notificación de Lesión diligenciado a **compcare@normandyins.com** , o
 - En línea en **www.normandyins.com**,o
 - Envíe por fax el Formulario de Primera Notificación de Lesión (DWC-1) diligenciado al 833-770-1220
 - La notificación inmediata de un accidente puede ayudar a reducir el costo del mismo
 - Su empresa podría ser multada por el Estado por no comunicar un accidente a su aseguradora
- Si se produce una muerte u hospitalización relacionada con el trabajo de uno o más empleados, debe notificar a la OSHA **en un plazo de 8 horas**, y cada hospitalización relacionada con el trabajo, así como las amputaciones y pérdidas de un ojo deben notificarse a la OSHA **en un plazo de 24 horas**. La normativa de notificación afecta a todos los empleadores cubiertos por la OSHA, incluso a los que están parcialmente exentos de mantener registros de lesiones y enfermedades
 - La Administración de Seguridad y Salud Ocupacional (OSHA) de su estado llamando al número de teléfono central gratuito de la OSHA, 1-800-321-OSHA (1-800-321-6742). O bien mediante el envío electrónico a través de la aplicación de notificación que se encuentra en el sitio web público de la OSHA en **www.osha.gov**.
- Hacer que el empleado lesionado y el supervisor y/o los testigos completen un formulario de Informe de Investigación de Accidentes
 - **NOTA: Si no está de acuerdo con la descripción del accidente o cree que no se ha producido un accidente, usted sigue estando obligado a informar del incidente a Normandy. Es imperativo que se reporte un accidente, aunque éste sea dudoso.**
- Mantenga un contacto continuo con el empleado lesionado para hacerle saber que se preocupa por su bienestar y que el trabajo está disponible. Si el médico tratante autoriza a un empleado a volver al trabajo en una capacidad de trabajo alternativo, usted debe intentar hacer los ajustes necesarios para que el empleado lesionado vuelva a su lugar de trabajo.



- Usted puede esperar tener noticias de parte de su ajustador dentro de las 24 horas de haber reportado un accidente y también durante la duración de la reclamación, pero es importante que usted también se mantenga en contacto con su ajustador.
- Proporcione a su ajustador cualquier información pertinente que pueda tener con respecto a sus reclamaciones
- Si un empleado necesita más tratamiento médico por la misma lesión o tiene problemas con los pagos de las reclamaciones, indíquele que se ponga en contacto con su ajustador en el 866-688-6442.
- Para más información, por favor visite **www.normandyins.com** .



Instrucciones para reporte de reclamaciones

Para Reportar un Accidente:

Teléfono: **833-968-7462 (833-YOURNIC)**

En línea: www.normandyins.com

Email: compcare@normandyins.com

Fax: **833-770-1220**

REPORTAR POR VÍA TELEFÓNICA:

Si se reporta por vía **TELEFÓNICA**, la operadora que contesta el teléfono hará preguntas en relación con el accidente. También obtendrá algunos datos personales del trabajador lesionado que son necesarios para presentar una reclamación de indemnización por accidente de trabajo.

Si es necesario, ese operador pondrá en contacto a la persona que llama con el ajustador para obtener información respecto del médico y lugar de tratamiento. Si la llamada se realiza fuera del horario de atención al público, el operador proporcionará la información del médico.

REPORTE POR FAX O CORREO ELECTRÓNICO:

Si se reporta por **FAX** o **EMAIL**, los accidentes deben notificarse en el **formulario estatal DWC-1, First Report of Injury or Illness** form. La siguiente información es necesaria para presentar la reclamación:

- Nombre completo, dirección y número de teléfono del trabajador lesionado
- Ocupación, fecha de nacimiento, sexo del empleado lesionado
- Número de Seguridad Social del trabajador lesionado
- Fecha y hora del accidente
- Descripción del accidente por parte del empleado
- Lesión/enfermedad ocurrida, parte del cuerpo lesionada
- Nombre de la empresa, teléfono, dirección y número de póliza, si se conoce
- La dirección del empleador es diferente a la anterior
- ¿El empleado volvió a trabajar? Si es así, anote la fecha.
- ¿Está usted (el empleador) de acuerdo con el accidente?
- Nombre del médico u hospital al que fue enviado el empleado para su tratamiento
- Lugar/dirección donde ocurrió el accidente*
- Fecha de contratación del empleado*

**No es necesario, pero sí preferible*

Para su comodidad, existe una versión en PDF del formulario DWC-1 que puede diligenciar electrónicamente si decide reportar un accidente por correo electrónico o fax. Por favor, póngase en contacto con su ajustador en el **866-688-6442** para obtener una copia de este formulario.



First Fill Form

Client Name: Normandy Insurance

1. Instructions for the **EMPLOYER**:

- Provide this form to your injured worker to have any prescription filled for up to **7 Days**, and please fill out the information below:

Injured Worker Name:

SS#:

Injured Worker DOB:

Injured Worker Phone:

Injured Worker Employer:

Date of Injury:

Injured Worker Address:

City:

State:

Zip:

2. Instructions for the **INJURED WORKER** / Instrucciones para el **TRABAJADOR LESIONADO**:

- You, the injured worker, will need to bring this form and provide it to the pharmacy along with your prescriptions related to the treatment of your work related injury/illness
- Usted, el trabajador lesionado, deberá llevar este formulario y entregarlo en la farmacia junto con sus recetas relacionadas con el tratamiento de su lesión/enfermedad laboral.

3. Instructions for the **PHARMACY**:

- Please submit workers' compensation claims to **S1 Medical** using the following information:

BIN	PCN	Group Id	Member Id
610237	123119	NOR001	Injured Worker SS#

- Prescription(s) will fill for up to **7 Days**. If there is a remaining balance on the script after it is filled, S1 Medical will call back if and when the balance has been approved. If you need assistance, please call **S1 Medical** at (888) 356-3332.

Representative's on-call 24 hours/7 days a week.

FOR ALL REJECTIONS OR QUESTIONS CALL: (888) 356-3332