



DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Missouri Division of Workers' Compensation
P.O. Box 58, Jefferson City, MO 65102
573-751-4231

Insurance Company, Third Party Administrator, Service Company, or Designated Individual If Self-Insured

Name Normandy Insurance Company

Address 4800 N. Federal Highway
Suite 302A
Boca Raton, Florida 33431

Phone 833-968-7642

Employee Information

The Missouri Division of Workers' Compensation (DWC) administers programs for workers who have been injured on the job or exposed to an occupational disease arising out of and in the course of employment. The Division's Administrative Law Judges have the authority to approve settlements or issue awards after a hearing relating to an injured employee's entitlement to benefits.

Steps to Take When Injured on the Job

1. Notify your employer immediately (written notice must be provided within 30 days of the accident/or 30 days after the diagnosis of any occupational disease or repetitive trauma) by contacting

_____, _____
employer representative phone number

****Failure to do so may jeopardize your ability to receive benefits***

2. Ask your employer to provide medical treatment (your employer/insurer is responsible for providing medical treatment and paying the medical fees and charges unless you choose to treat with another doctor at your own expense without your employer/insurer's approval).
3. Get more information about the benefits available under the Workers' Compensation Program or about the steps you may take to get the benefits you need. Visit www.labor.mo.gov/DWC or call 800-775-COMP.

Benefits for Injured Employees

Medical Care:

The employer or insurer is required to provide medical treatment and care that is reasonably required to cure and relieve the effects of the injury. This includes all costs for authorized medical treatment, prescriptions, and medical devices. There is no deductible, and all costs are paid by the employer or its workers' compensation insurance company. If you receive a bill, **contact your employer or the insurance company immediately**. The employer/insurer has the right to choose the healthcare provider or treating physician. You may select a different healthcare provider or treating physician, but if you do so, it may be at your own expense.

Payment for Lost Wages:

- If a doctor says you are unable to work due to your injuries or recovery from a surgery, you may be entitled to **temporary total disability (TTD)** benefits. If a doctor says that you can perform light or modified duty work and your employer offers you such work, you may not be eligible for TTD benefits. TTD benefits should be continued until the doctor says you can return to work, or when your treatment is concluded because your condition has reached "maximum medical improvement," whichever occurs first.
- If you return to light or modified duty at less than full pay, you may be entitled to **temporary partial disability** benefits.

Permanent Disability Benefits:

If the injury or illness results in a permanent disability, you may be entitled to receive either permanent partial or permanent total disability benefits.

Survivor Benefits:

If a work-related injury causes an employee's death, the surviving dependents may receive weekly death benefits paid at 66 2/3% of the deceased employee's average weekly wage along with funeral expenses up to \$5,000 from the employer/insurer. For additional information relating to survivor's benefits, including college scholarship opportunities for surviving children, please visit www.labor.mo.gov/DWC.

Additional Benefits for Occupational Diseases Due to Toxic Exposure - Permanent Total Disability and/or Death:

For information relating to additional benefits available, please refer to the Division's website at www.labor.mo.gov/DWC/Injured_Workers/benefits available.



**Make sure your data is turned on and scan the QR Code with your smartphone's camera to go to the Division of Workers Compensation's Website for more information. If you are not redirected, you may need to update your smartphone's operating system or download a QR Code reader app.

Workers' Compensation Law

Roles and Responsibilities for Employers and Employees

EMPLOYER INFORMATION

With some exceptions, all employers with five or more employees, and construction industry employers with one or more employees, are required to insure their workers' compensation liability, either by purchasing a policy or obtaining self-insurance authority. Workers' compensation insurance provides benefits to workers injured on the job. Employers also are required to post this notice in the workplace for employees to view. This poster is required by section 287.127, RSMo, and is available to employers and insurers free of charge by contacting the Division at 800-775-Comp.

Steps to Take When an Injury Occurs

1. Be sure first aid is administered and the employee is taken to a physician or hospital for further medical care, if necessary.
2. Report the injury to the insurance company or Third Party Administrator (TPA) within five days of the date of injury or within five days of the date on which the injury was reported to the employer by the employee, whichever is later. The insurer, TPA, or Division approved self-insurer is responsible for filing a First Report of Injury with the Division of Workers' Compensation **within 30 days** of knowledge of the injury.
3. Pay medical bills related to the work injury for treatment reasonably required to cure and relieve the employee of the effects of the injury. This includes all costs for authorized medical treatment, prescriptions, and medical devices. The employer has the right to choose the healthcare provider or treating physician. (The employee may select a different healthcare provider or treating physician, but if the employee does so, it may be at his/her own expense.)
4. For more liability and insurance information relating to the Workers' Compensation Program, visit www.labor.mo.gov/DWC or call 800-775-COMP.

Workers' Safety

Developing and implementing a comprehensive safety and health program can reduce occupational injuries and help lower workers' compensation costs. Insurance carriers in the state of Missouri must provide safety assistance at the request of the insured employer. The Missouri Department of Labor evaluates these services and provides additional assistance through its Missouri Workers' Safety Program.

Visit www.labor.mo.gov/MWSP or call 573-751-4231 for more information about these programs or for a registry of independent consultants who are certified in the state of Missouri to provide safety assistance.

Fraud/Noncompliance

Employee Fraud – knowingly making a claim for workers' compensation benefits to which an employee knows he/she is not entitled or knowingly presenting multiple claims for the same occurrence with intent to defraud is a class E felony, punishable by a fine of up to \$10,000, or double the value of the fraud, whichever is greater. A subsequent violation is a class D felony.

Employer Fraud – knowingly misrepresenting an employee's job classification or any other fact to obtain insurance at less than the proper rate is a class A misdemeanor. A subsequent violation is a class E felony. An employer who knowingly makes a false or fraudulent statement regarding an employee's entitlement to benefits to discourage the worker from making a legitimate claim or who knowingly makes a false or fraudulent material statement or material representation to deny benefits to a worker is guilty of a class A misdemeanor punishable by a fine of up to \$10,000. A subsequent violation is a class D felony.

Insurer Fraud – knowingly and intentionally refusing to comply with workers' compensation obligations to which an insurance company or self-insurer knows an employee is entitled is a class E felony, punishable by a fine of up to \$10,000 or double the value of the fraud, whichever is greater. A subsequent violation is a class D felony.

Employer Noncompliance – knowingly failing to insure workers' compensation liability under the law is a class A misdemeanor punishable by a fine of up to three times the annual premium the employer would have paid had it been insured or up to \$50,000, whichever is greater. A subsequent violation is a class E felony. An employer who willfully fails to post the notice of workers' compensation at the workplace is guilty of a class A misdemeanor punishable by a fine of \$50 to \$1,000 or by imprisonment or both fine and imprisonment.



DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Missouri Division of Workers' Compensation
P.O. Box 58, Jefferson City, MO 65102
573-751-4231

Aseguradora, administrador externo, compañía de servicios o individuo designado si es autoasegurado

Nombre Normandy Insurance Company

Dirección 4800 N. Federal Highway
Suite 302A
Boca Raton, Florida 33431

Teléfono 833-968-7642

Información del empleado

La División de Compensación al Trabajador de Missouri (DWC en inglés) administra programas para trabajadores que han sido lesionados en el trabajo o han sido expuestos a una enfermedad ocupacional que son como consecuencia del trabajo y durante el mismo. Los Jueces de la Ley Administrativa de la División tienen la autoridad de aprobar acuerdos o conceder indemnizaciones después de una audiencia relacionada a los derechos de prestaciones por lesiones a un trabajador.

Pasos a seguir si se lesiona en el trabajo

1. Notifique a su empleador inmediatamente (se debe proporcionar aviso por escrito en un plazo de 30 días a partir de haber ocurrido la lesión o 30 días cuando se esté bastante consciente de la enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo) poniéndose en contacto con

_____,
representante del empleador

_____,
número de teléfono

****No hacerlo puede poner en peligro su capacidad para recibir los beneficios***

2. **Busque atención médica (su empleador/aseguradora es responsable de proporcionar tratamiento médico y pagar las cuotas y cargos médicos a menos que elija usted buscar atención con otro médico bajo su propia cuenta sin aprobación previa de su empleador/aseguradora).**
3. Obtenga más información de los beneficios disponibles bajo el programa de compensación de trabajadores o de los pasos que puede tomar para recibir los beneficios que necesita.

Visite www.labor.mo.gov/DWC o llame al 800-775-2667.

Beneficios para trabajadores lesionados

Cuidados médicos:

El empleador o la aseguradora tienen la obligación de proporcionar tratamiento médico y cuidado para curar o aliviar los efectos de la lesión. Esto incluye todos los costos para tratamiento médico autorizado, recetas médicas y aparatos médicos. No hay deducibles y todos los costos los paga su empleador o la aseguradora de compensación al trabajador de su empleador. Si usted recibe una factura, **comuníquese con su empleador o con la aseguradora inmediatamente**. El empleador/la aseguradora tiene el derecho a elegir al proveedor del cuidados médicos o al médico que lo atienda. Puede elegir a otro proveedor de cuidados médicos o médico que lo atienda, pero de hacerlo, puede ser a su propia cuenta.

Pago por pérdida de ingresos:

- Si el médico dice que usted no puede regresar a trabajar debido a sus lesiones o para recuperarse de una cirugía, puede que tenga derecho a beneficios por **discapacidad total temporal** (TTD en inglés). Si el médico indica que usted puede realizar un trabajo ligero o modificado y su empleador le ofrece ese trabajo, es posible que no sea elegible para los beneficios de TTD. Los beneficios de TTD deben continuar hasta que el médico diga que usted puede regresar a trabajar o cuando su tratamiento concluya porque su condición ha alcanzado la "máxima mejoría médica", lo que ocurra primero.
- Si usted regresa a un trabajo ligero o modificado por menos del pago completo, puede tener derecho a beneficios por **discapacidad parcial temporal**.

Beneficios por discapacidad permanente:

Si la lesión o enfermedad resulta en una discapacidad permanente, usted puede tener el derecho a recibir beneficios permanentes por discapacidad parcial o discapacidad total.

Beneficios de sobreviviente:

Si un empleado muere en el trabajo, los dependientes sobrevivientes pueden recibir beneficios semanales por muerte pagados a 66 2/3% del salario semanal promedio del empleado fallecido junto con los gastos de funeral hasta \$5,000 por parte del empleador o de la aseguradora. Para recibir más información sobre los beneficios de sobreviviente, incluyendo oportunidades de becas universitarias para niños sobrevivientes, por favor visite www.labor.mo.gov/DWC.

Beneficios adicionales para las enfermedades ocupacionales causadas por exposición a sustancias tóxicas – discapacidad total permanente y/o muerte:

Para recibir más información relacionada con los beneficios adicionales disponibles, por favor consulte el sitio web de la División a www.labor.mo.gov/DWC/Injured_Workers/benefits_available.



** Asegure que sus servicio de datos está activado y escanee el código QR Code con la cámara de su teléfono inteligente para ir al sitio web de la División de Compensación para Trabajadores para obtener más información. Si no es reorientado, puede que necesite actualizar el sistema operativo de su teléfono inteligente o descargar una aplicación de Lector de Códigos QR.

Ley de Compensación al Trabajador

Funciones y responsabilidades para empleadores y trabajadores

INFORMACIÓN DEL EMPLEADOR

Con algunas excepciones, se requiere a todos los empleadores con cinco o más trabajadores, y empleadores de la industria de la construcción con un trabajador o más, para garantizar la compensación al trabajador, ya sea a través de la compra de una póliza de seguro o por adquirir autoridad de autoasegurarse. El seguro por compensación al trabajador proporciona beneficios a los trabajadores lesionados en el trabajo. A los empleadores también se les requiere publicar este aviso en el lugar de trabajo a la vista de todos los empleados. Se requiere poner este cartel de acuerdo a la sección 287.127, RSMo, y el mismo está disponible para todos los empleadores y aseguradoras sin cargo alguno al comunicarse con la División al 800-775-2667.

Pasos a tomar cuando ocurre una lesión

1. Asegúrese de que se administren los primeros auxilios y que se lleve al empleado al médico o al hospital para recibir atención médica adicional, si es necesario.
2. Reporte la lesión a la aseguradora o un Administrador tercero (TPA en inglés) dentro de los cinco días siguientes a la fecha de la lesión o dentro de los cinco días siguientes a la fecha en que fue reportada la lesión al empleador por el trabajador, lo que ocurra después. La Aseguradora, TPA, o autoaseguradora aprobado por la División es responsable para entregar un Informe primero de lesión con la División de Compensación al Trabajador **en un plazo de 30 días** a partir de haberse hecho a conocer la lesión.
3. Pague las cuentas relacionadas a la lesión en el trabajo para curar y aliviar al trabajador de los efectos de la lesión. Esto incluye todos los costos para tratamiento médico autorizado, recetas médicas y aparatos médicos. El empleador tiene derecho a elegir al proveedor de cuidado de la salud o al médico que lo atienda. (Usted como el trabajador puede elegir otro proveedor de cuidados médicos o médico de tratamiento, pero de hacerlo, puede ser por su propia cuenta.)
4. Para obtener más información sobre la responsabilidad o el seguro relacionados con el Programa de compensación al trabajador, visite www.labor.mo.gov/DWC o llame al 800-775-2667.

Seguridad del trabajador

Desarrollar e implementar un programa integral de seguridad y salud puede reducir las lesiones ocupacionales y ayudan a reducir los costos de compensación al trabajador. Las compañías de seguro en el estado de Missouri deben proporcionar ayuda de seguridad a petición del empleador asegurado. El Departamento del Trabajo de Missouri evalúa estos servicios y proporciona ayuda adicional a través de su Programa de Seguridad del Trabajador de Missouri.

Visite www.labor.mo.gov/MWSP o llame al 573-751-4231 para obtener más información acerca de estos programas o para un registro de asesores independientes certificados en el estado de Missouri para proporcionar ayuda de seguridad.

Fraude/no cumplimiento

Fraude del trabajador – deliberadamente presentar un reclamo para beneficios de compensación al trabajador a los cuales un empleado sabe que él o ella no tiene derecho o deliberadamente presentar múltiples reclamos por el mismo evento con el intento de defraudar es un delito mayor clase E, castigado con una multa de hasta \$10,000, o el doble de la cantidad del fraude, lo que sea mayor. Una violación posterior es un delito mayor clase D.

Fraude del empleador – deliberadamente distorsionar una clasificación del trabajo del empleado para conseguir seguro por debajo de la tarifa apropiada es un delito menor clase A. Una violación posterior es un delito mayor clase E. Un empleador que deliberadamente hace una declaración falsa o fraudulenta relacionada con el derecho del trabajador a beneficios para disuadir que el trabajador haga un reclamo legítimo o quien deliberadamente hace una declaración de material fraudulento o representación fraudulenta a negar beneficios a un trabajador es culpable de un delito menor clase A, castigado con una multa de hasta \$10,000. Una violación posterior es un delito mayor clase D.

Fraude de la aseguradora – deliberadamente e intencionalmente rehusar cumplir con las obligaciones de compensación al trabajador a las cuales sabe la aseguradora o la autoaseguradora tiene derecho un empleado es un delito mayor clase E, castigado con una multa de hasta \$10,000 o el doble del valor del fraude, lo que sea mayor. Una violación posterior es un delito mayor clase D.

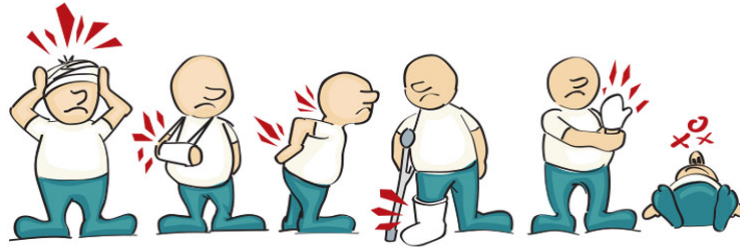
No cumplimiento del empleador – Faltar a propósito a asegurar la obligación legal de la compensación al trabajador es un delito menor clase A y también se castiga con una multa civil de hasta tres veces la prima anual que el empleador habría tenido que pagar de estar asegurado, o hasta \$50,000, lo que sea mayor. Una violación posterior es un delito mayor clase E. Un empleador que intencionalmente no publica el aviso de compensación al trabajador en el lugar del trabajo es culpable de un delito menor clase A, castigado con una multa de \$50 a \$10,000, o con prisión o con ambos multa y prisión.

La División de Compensación al Trabajador de Missouri es un empleador/programa con igualdad de oportunidades.

Hay recursos y servicios disponibles para personas discapacitadas previa solicitud. TDD/TTY: 800-735-2966 Relay Missouri: 711

WC-106-S (7-19) AI

**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.

Questions?
Call 866-688-6442
Visit us at www.normandyins.com





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