

TENNESSEE WORKERS' COMPENSATION INSURANCE POSTING NOTICE

How to Report Work-Related Injuries

What should be done if injured at work?

Employee

1. Immediately **report the injury** to the employer representative named below.
2. **Select a treating physician** from a panel provided by your employer.
3. If you have questions or problems, contact the employer representative or the Bureau of Workers' Compensation.

Employer

1. Complete your company's internal "Workplace Injury form" and **notify your workers' compensation insurance company** immediately, even if you have concerns about the validity of the claim.
2. **Offer a panel of physicians** to the employee via Form C-42 available on the Bureau's website. *In cases of emergency, call an ambulance and provide this form as soon as the injured employee has stabilized.*

*Printed **name and title** of the employer representative to be notified in the event of a work-related injury*

*Printed name of an **alternative employer representative** to be notified in the event of a work-related injury*

***Telephone number** of employer representative to notify in event of a work-related injury*

***Address** of employer representative to notify in event of a work-related injury*

The Tennessee Bureau of
Workers' Compensation is
available to help both
employees and employers.



220 French Landing Dr. 1-B
Nashville, TN 37243-2667
800-332-2667
615-532-4812 TTD: 800-332-2257
tn.gov/workerscomp

Workers' Compensation law requires this notice to be posted in a conspicuous place at the work site at all times.

SEGURO DE COMPENSACIÓN A TRABAJADORES DE TENNESSEE

PUBLICACIÓN DE AVISO

Cómo informar de lesiones laborales

¿Qué se debe hacer en caso de lesión laboral?

Empleado

1. **Informe** inmediatamente de **la lesión** al representante del empleador indicado aquí abajo.
2. **Seleccione un médico tratante** del panel provisto por su empleador.
3. Si tiene alguna pregunta o problema, comuníquese con el representante de empleadores de la Oficina de Compensación a Trabajadores.

Empleador

1. Complete el formulario interno de su empresa de "Lesión laboral" y **notifique a su aseguradora de compensación a trabajadores** inmediatamente, incluso aunque tenga dudas acerca de la validez de la reclamación.
2. **Ofrezca un panel de médicos** al empleado a través del Formulario C-42, disponible en el sitio web de la Agencia. *En casos de emergencia, llame a una ambulancia y proporcione este formulario en cuanto el empleado lesionado se haya estabilizado.*

Nombre en letra de molde y título del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

Nombre en letra de molde del representante del empleador alterno a ser notificado en caso de una lesión laboral

Número de teléfono del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

Dirección del representante del empleador a ser notificado en caso de una lesión laboral

La Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee está disponible para ayudar a empleados y empleadores.



220 French Landing Dr. 1-B
Nashville, TN 37243-2667
800-332-2667
615-532-4812 TTD: 800-332-2257
tn.gov/workerscomp

La ley de Compensación a Trabajadores exige que se publique este aviso en un lugar visible en el centro de trabajo en todo momento.



FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE
TENNESSEE



ELECCIÓN DE MÉDICO DEL EMPLEADO

Panel Médico

Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
- Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
 - No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
 - Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, esto podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
 - ¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
- Envíe** el formulario completado **a su empleador**.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR:

Nombre del empleado _____ Fecha en que se proporcionó el panel _____
Empleador _____ Fecha de la lesión _____
Contacto del empleador _____ Teléfono _____ Correo electrónico _____

Médico 1 Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿El médico #1 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

Médico 2 Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿El médico #2 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

Médico 3 Nombre _____ Teléfono _____
Dirección _____ Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____
¿El médico #3 usa Telesalud? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, sitio web _____

(Opcional) Telesalud solamente **Médico 4** Nombre _____ Teléfono _____
Dirección de correo electrónico del proveedor de Telesalud _____ Sitio web _____

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:

Nombre del médico _____ Fecha/Hora de la cita _____

Yo selecciono: Tratamiento en persona _____ ☐ tratamiento por Telesalud _____

¿Se le ofreció tratamiento en persona? Sí _____ No _____

Firma del empleado _____ Fecha _____

TENNESSEE
BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION



**EMPLOYEE'S
CHOICE OF PHYSICIAN**
Medical Panel

Employer

- List at least three physicians and provide this panel to employee upon the report of a workplace injury.
- Keep the completed, signed version of this form on file and send a copy to the employee for their records.
 - Do *not* send this form to the State unless requested.

Employee

- Fill out the bottom portion of this form to indicate which physician you choose.
 - If you refuse to accept medical services from the chosen physician, your rights to benefits may be delayed.
 - Traveling more than 15 miles (one way) to (or from) medical treatment? Employees may seek reimbursement of their travel expenses from the insurance carrier.
- **Send** completed form **back to your employer**.

TO BE COMPLETED BY THE **EMPLOYER**:

Employee Name _____ Date Panel Provided _____

Employer _____ Date of Injury _____

Employer Contact _____ Phone _____ Email _____

Physician Option 1 Name _____ Phone _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Is Telehealth available? Yes ____ No ____ If yes, web address _____

Physician Option 2 Name _____ Phone _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Is Telehealth available? Yes ____ No ____ If yes, web address _____

Physician Option 3 Name _____ Phone _____

Address _____ City _____ State _____ Zip _____

Is Telehealth available? Yes ____ No ____ If yes, web address _____

(Optional) Telehealth-Only **Physician 4** Name _____ Phone _____

Telehealth Provider email address _____ Web address _____

TO BE COMPLETED BY THE **EMPLOYEE**:**I have selected the following physician from the list provided to me by my employer:**

Physician Name _____ Appt Date/Time _____

I select: In-person treatment ____ **or** Treatment by Telehealth ____ Were you offered in-person treatment? Yes ____ No ____

Employee Signature _____ Date _____

A Beginner's Guide to Tennessee Workers' Compensation

Basic facts about the Tennessee Workers' Compensation System for dates of Injury on or after July 1, 2014.

How the Doctor is Selected

You will select your **Authorized Treating Physician** from a panel of three doctors that your employer gives you. That physician will provide the medical care needed to help you return to your health and to your job.



Medical treatment for your work-related injury is provided at the employer's expense. Sign an **Agreement between Employer/Employee Choice of Physician** (Form C-42), which should be provided to you by your supervisor, to indicate which doctor you select to become the authorized treating physician. If emergency treatment is required, the supervisor should provide the panel after the injury is stabilized.

Keep up with your records



Request and keep a copy of your signed Form C-42 for your records. If you do not sign the form, but accept medical treatment from a doctor on the form, it may be considered that you have chosen that doctor.

Have Questions?

Call the Ombudsman Program of the Tennessee Bureau of Workers' Compensation at **800-332-COMP (2667)** if you have any questions.

An ombudsman will assist with any questions from employees, employers and insurance companies that do not have attorney representation.

Learn more online and download forms at:
www.tn.gov/workerscomp



Keep in Touch

Stay in contact with your employer if you are taken off work by the doctor.

Benefits that Injured Employees May Be Entitled to Receive

Employees who have suffered a compensable injury, meaning that the authorized treating physician has determined the injury to be work-related, may be entitled to receive the following:

Medical treatment, at no cost to the employee

This treatment must be provided for as long as required by the authorized treating physician. Medical treatment recommended by the authorized treating physician that is denied by the insurance company's utilization review agent can be submitted to the Bureau's Utilization Review Program for additional review and consideration.

Travel Expenses

Reimbursement for mileage to and from medical treatment may be requested if travel exceeds 15 miles one way.



Temporary Disability Benefits (Wage Replacement)

Disability begins when the authorized treating physician takes you off work. Temporary disability benefits replace lost wages and are due beginning on the eighth day of the disability. If the disability lasts fourteen (14) days or longer, benefits will be paid back to the first day of disability. Temporary disability benefits are usually two-thirds of your average weekly wages earned during the 52 weeks prior to the injury. The Bureau of Workers' Compensation does not pay these benefits. Benefits are paid by your employer's insurance carrier.

If you are able to work, but your average weekly earnings are reduced because of work restrictions, you may be entitled to partial disability benefits.

If the authorized treating physician restricts your ability to work, such as limiting the number of hours worked or the type of work performed, it is very important that the physician's instructions and restrictions are followed at all times. **Failure to report for light duty offered by your employer may terminate your temporary disability benefits.**

If Your Claim is Denied

When a claim is denied, it means your employer's workers' compensation insurance adjuster believes your injury is not compensable, meaning that your injury was not caused by the work that you perform and it is not covered by workers' compensation. If the adjuster denies your claim, you have a right to challenge the decision. If a dispute regarding compensability occurs, you may seek help resolving the dispute from the Bureau. Call an ombudsman at **(800) 332-2667**.

Protect Your Rights

The right to receive workers' compensation benefits does not stay open forever. To protect your rights, file a **Petition for Benefit Determination (PBD) form**. The form is available on the Bureau's website. In most cases, the deadline to file the form is one year from:

- A. The date the injury occurred; or,
- B. The date the last temporary disability benefits were paid or medical benefits were provided for the injury, whichever is latest.

Can I Be Fired for Reporting a Work Injury?

It is illegal for an employer to fire an employee for reporting a work injury. If you are fired and believe it was for reporting a work injury, you may wish to consult an attorney. The Bureau of Workers' Compensation does not have authority to resolve wrongful termination claims.

Frequently Asked Questions:

Do I have to pay for medical treatment for a compensable injury?

No, you are not responsible for the costs of medical treatment provided by the authorized physician for a compensable claim.

What options do I have if I disagree with the authorized treating physician's findings or recommended medical treatment?

The employer or insurance company is usually not required by law to offer a second opinion, but you can always ask for it anyway. You may, however, obtain a second opinion or additional medical treatment with any doctor at your own expense.

What if I'm not receiving the benefits I deserve?

Call a Workers' Compensation Ombudsman at (800) 332-2667 to help you. Submitting a completed **Petition for Benefit Determination**, available on the Bureau's website, will speed up the process.

Will I need to use sick or vacation time while off work due to a compensable injury?

It depends. An employee taken off work by the authorized treating physician for less than 14 days is not entitled to temporary disability benefits for the first seven (7) days missed. Review your company's policies about this unpaid time. If the authorized treating physician requires you to miss more than 14 days; however, benefits are due from the first day of disability.

Am I paid for the time spent attending doctor appointments during work hours?

Not unless your company has a policy to pay for this time.

Which employers must provide workers' compensation coverage for their employees?

In most industries, any employer with five or more full- or part-time employees must carry workers' compensation insurance. In the construction or mining industry however, employers must provide coverage even if there is only one employee. Construction employers may exempt themselves from the workers' compensation coverage requirements by applying for an exemption; but, all employees in construction must be covered.

Information about the Workers' Compensation Exemption Registry is available at: **<http://tnbear.tn.gov/WC/Default.aspx>** or by calling the Tennessee Secretary of State's office at **(615) 741-2286**.



Learn more and download forms from our website:
www.tn.gov/workerscomp

Cómo seleccionar el médico

Deberá seleccionar su **Médico tratante autorizado** del panel de tres doctores provisto por su empleador. Ese médico proporcionará la atención médica necesaria para ayudarlo a recuperar su salud y regresar a su trabajo.



Los tratamientos médicos para su lesión laboral son proporcionados por cuenta y costo del empleador. Firme el **Acuerdo entre el empleador /empleado Elección de Médico** (formulario C-42), el cual debe ser proporcionado por su supervisor, para indicar el doctor que ha seleccionado como su médico tratante autorizado. Si necesita tratamiento de emergencia, el supervisor debe proporcionar el panel una vez que la lesión haya sido estabilizada.

Mantenga sus registros al día



Solicite y guarde una copia para sus registros de su formulario C-42 firmado. Si no firma el formulario, pero acepta recibir tratamiento de un médico listado en el formulario, se puede considerar que usted ha elegido a ese médico.

¿Tiene alguna pregunta?

Si tiene alguna pregunta, llame al Programa de Defensa de la Oficina de Compensación a Trabajadores de Tennessee al **800-332-COMP (2667)**.



Un defensor ayudará a responder las preguntas que puedan tener el empleado, el empleador o la empresa aseguradora si no cuentan con representación legal.

Obtenga más información en línea y descargue los formularios en: **www.tn.gov/workerscomp**

Manténgase en comunicación

Manténgase en comunicación con su empleador si su médico le indica ausentarse del trabajo.

Beneficios que los trabajadores lesionados pueden tener derecho a recibir

Los trabajadores que han sufrido una lesión indemnizable, es decir que el médico tratante autorizado ha determinado que la lesión es una lesión laboral, pueden tener derecho a recibir lo siguiente:

Tratamiento médico, sin costo alguno para el empleado

Este tratamiento debe ser proporcionado durante el tiempo que sea necesario por el médico tratante autorizado. El tratamiento médico recomendado por el médico tratante autorizado que sea denegado por el agente de revisión del uso de recursos de la empresa aseguradora, puede ser presentado al Programa de Revisión del Uso de Recursos de la Oficina para revisión y consideración adicional.



Gastos de viaje

Se puede solicitar reembolso por las millas que viaje para asistir a los tratamientos médicos si tiene que viajar más de 15 millas en cada dirección.

Temporary Disability Benefits (Wage Replacement)

La discapacidad comienza cuando el médico tratante autorizado le indica ausentarse del trabajo. Los beneficios de discapacidad temporal reemplazan el salario y se comienzan a pagar a partir del octavo día de que comience la discapacidad. Si la discapacidad dura catorce (14) días o más, los beneficios serán pagados con carácter retroactivo al primer día de la discapacidad. Los beneficios de discapacidad temporal son generalmente dos tercios del salario semanal promedio recibido durante las 52 semanas previas a la lesión. La Oficina de Compensación a Trabajadores no paga estos beneficios. Los beneficios son pagados por la empresa aseguradora de su empleador.

Si usted puede trabajar, pero su promedio de ingresos semanales se ve reducido a causa de las restricciones laborales, es posible que tenga derecho a beneficios de discapacidad parcial.

Si el médico tratante autorizado restringe su capacidad para trabajar, por ejemplo, limita la cantidad de horas trabajadas o el tipo de trabajo realizado, es muy importante que cumpla en todo momento con las instrucciones y restricciones del médico. **No presentarse para realizar trabajos ligeros ofrecidos por su empleador puede causar que se cancelen sus beneficios de discapacidad temporal.**

Si se deniega su reclamación

Cuando se deniega una reclamación, esto significa que el tasador de la empresa aseguradora de compensación a trabajadores de su empleador cree que su lesión no es indemnizable, es decir que su lesión no fue causada por el tipo de trabajo que usted realiza y no es cubierta por compensación a trabajadores. Si el tasador deniega su reclamación usted tiene derecho a apelar dicha decisión. Si hubiera alguna controversia respecto a la compensación, usted puede solicitar ayuda a la Oficina para resolver la controversia. Llame a un defensor al **(800) 332-2667**.

Proteja sus derechos

El derecho a recibir beneficios de compensación a trabajadores no permanece disponible por tiempo indefinido. Para proteger sus derechos, presente un **formulario de Solicitud de determinación de beneficios (PBD)**. Este formulario está disponible en el sitio web de la Oficina. En la mayoría de los casos, el plazo para presentar el formulario es un año a partir de:

- A. La fecha en que ocurrió la lesión; o,
- B. La fecha que se pagaron los últimos beneficios de discapacidad temporal o se proporcionaron beneficios médicos por la lesión, lo que sucediera después.

¿Puedo ser despedido por informar una lesión laboral?

Es ilegal que un empleador despidan a un empleado por informar una lesión laboral. Si usted es despedido y piensa que fue por informar una lesión laboral, quizás deba consultar a un abogado. La Oficina de Compensación a Trabajadores no tiene autoridad para resolver reclamaciones de despido injustificado.

Obtenga mayor información y descargue los formularios en nuestro sitio web:
www.tn.gov/workerscomp

Preguntas más frecuentes:

¿Tengo que pagar por los tratamientos médicos de una lesión indemnizable?

No. No es su responsabilidad pagar los costos de los tratamientos médicos proporcionados por el médico autorizado por una reclamación indemnizable.

¿Qué opciones tengo si no estoy de acuerdo con las conclusiones del médico autorizado o el tratamiento médico recomendado?

Por lo general, el empleador o la empresa aseguradora no están obligados por ley a ofrecer una segunda opinión, pero usted puede pedir una segunda opinión de todos modos. No obstante, usted puede obtener una segunda opinión o tratamiento médico adicional con cualquier médico por su propia cuenta.

¿Qué pasa si no recibo los beneficios que merezco?

Llame a un Defensor de Compensación a Trabajadores al (800) 332-2667 para que le ayude. Si presenta una solicitud completada **para Determinación de beneficios**, disponible en el sitio web de la Agencia, esto acelerará el proceso.

¿Tendré que usar mi tiempo acumulado para vacaciones o enfermedad, mientras me encuentro de licencia debido a una lesión indemnizable?

Depende. El empleado que es autorizado por el médico tratante para ausentarse del trabajo durante menos de 14 días no tiene derecho a beneficios de discapacidad temporal durante los primeros siete (7) días que se ausente. Consulte las directivas de la empresa acerca de este tiempo no remunerado. Sin embargo, si el médico tratante autorizado le obliga a perder más de 14 días de trabajo; los beneficios son pagaderos a partir del primer día de la discapacidad.

¿Me pagan por el tiempo que empleo para asistir a las citas médicas durante los horarios de trabajo?

No, a menos que la política de su empresa autorice para pagar este tiempo.

¿Qué empleadores deben proporcionar cobertura de indemnización laboral para sus empleados?

En la mayoría de las industrias, todo empleador con cinco o más empleados a horario completo o parcial tienen que contar con un seguro de compensación a trabajadores. Sin embargo, en la construcción o la industria minera, los empleadores tienen que proporcionar cobertura incluso aunque solo tengan un empleado. Los empleadores de la construcción pueden ser eximidos de los requisitos de cobertura de compensación a trabajadores mediante la solicitud de una exención, pero todos los empleados de la construcción tienen que ser cubiertos.

La información acerca del Registro de Exención de Compensación a Trabajadores está disponible en: **<http://tnbear.tn.gov/WC/Default.aspx>** o llamando a la oficina del Secretario de Estado de Tennessee al **(615) 741-2286**.



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