

OptaCompSM

The workers' comp affiliate of Florida's



Programa de Compensación para el Empleado por accidentes laborales,
para empleados y voluntarios de las agencias y universidades del Estado de Florida



Florida Department of Financial Services

Division of Risk Management

1-800-262-4402

orientación para empleados lesionados



*En el lugar de trabajo ocurren accidentes,
pero tenga la seguridad de que la División
de Administración de Riesgos (Division of Risk Management) y
OptaComp toman muy en serio la responsabilidad que tienen ante
usted y su empleador.*



EN REPRESENTACIÓN DE
ALEX SINK
DIRECTOR GENERAL DE FINANZAS
ESTADO DE FLORIDA

Estimado Empleado lesionado:

La División de Administración de Riesgos en el Departamento de Servicios Financieros del Estado de Florida es responsable de suministrar los beneficios de Compensación para el Empleado por accidentes laborales a los empleados o voluntarios lesionados de las agencias y universidades del Estado de Florida. Nos enteramos de que usted sufrió una lesión y queremos que sepa que estamos comprometidos a proporcionar beneficios oportunos para ayudar en su recuperación médica y su reincorporación al trabajo.

Nos hemos asociado con OptaComp, la afiliada de Compensación para el Empleado por accidentes laborales de Blue Cross and Blue Shield of Florida, para coordinar su atención médica relacionada. Una Enfermera Registrada de OptaComp o una Enfermera Licenciada programará y autorizará todas las citas médicas necesarias, responderá las preguntas de carácter médico y lo ayudará a regresar al trabajo.

El ajustador de la División de Administración de Riesgos es responsable de la determinación de compensabilidad de su reclamación, el pago de beneficios de indemnización por tiempo perdido en caso de que la lesión laboral le haga perder más de cuarenta horas de trabajo, y reembolso para usted por el millaje médico para asistir a las citas médicas autorizadas.

Los empleados del servicio de carrera, SES, SMS, y otros empleados permanentes de la agencia o universidad del Estado de Florida que sufren una discapacidad por una lesión laboral, están en estado de pago completo durante las primeras cuarenta horas sin que tengan que usar su tiempo acumulado para licencias. Este tiempo de licencia se puede usar para una discapacidad continuada o en forma intermitente para cubrir las citas médicas que estén directamente relacionadas con la lesión laboral. Este beneficio no se provee a OPS u otros empleados no permanentes. Las preguntas acerca del beneficio por discapacidad en las primeras cuarenta horas se deben dirigir directamente al empleador.

La asociación entre la División de Administración de Riesgos y OptaComp está comprometida a suministrarle el mejor servicio posible a usted y su empleador. Si tiene preguntas, comuníquese con su ajustador de la División de Administración de Riesgos al 1-800-262-4402.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink, appearing to read "Denzil Weimorts".

Denzil Weimorts

Gerente de Reclamaciones de Compensación para el Empleado por accidentes laborales del estado



EN REPRESENTACIÓN DE
ALEX SINK
DIRECTOR GENERAL DE FINANZAS
ESTADO DE FLORIDA

Estimado Empleado lesionado:

La compañía aseguradora de su empleador le hace llegar esta información a nombre de la Oficina de Asistencia al Empleado de la División de Compensación para el Empleado por accidentes laborales.

La Oficina de Asistencia al Empleado de la División de Compensación para el Empleado por accidentes laborales es una dependencia estatal adscrita al Departamento de Servicios Financieros del Estado de Florida. Ofrecemos los siguientes servicios:

- Ser un recurso de apoyo para los trabajadores lesionados y sus empleadores al ofrecer información sobre el sistema de Compensación para el Empleado por accidentes laborales.
- Capacitar e informar a los empleados lesionados, a sus empleadores, a las compañías aseguradoras, a los proveedores de atención médica y a los equipos de atención médica administrada sobre sus responsabilidades jurídicas.
- Brindar asistencia y evitar cualquier problema o conflicto relacionado con su reclamación.

En el término de 3 (tres) días después de recibir la notificación de que usted sufrió una lesión, la compañía aseguradora encargada de la Compensación para el Empleado por accidentes laborales le enviará por correo un folleto informativo en cual se le explican sus derechos y responsabilidades, así como las obligaciones de la compañía aseguradora. Dicho folleto contiene información valiosa que necesita saber sobre el sistema de compensación para el empleado por accidentes laborales. Posiblemente reciba el folleto informativo junto con esta carta. Si lo desea puede solicitar el folleto llamándonos al 1-800-342-1741, o escribiéndonos por correo electrónico a: wceao@myfloridacfo.com.

También puede visitar cualquiera de nuestras Oficinas de Asistencia al Empleado para recibir atención personalizada. Para ubicar la oficina más cercana a usted, llame sin costo al número 1-800 anterior, o visite el sitio de Internet de la División en: www.myfloridacfo.com/wc/organization/eao_offices.html.

Cordialmente,

Oficina de Asistencia al Empleado
División de Compensación para el Empleado
Departamento de Servicios Financieros de Florida



The workers' comp affiliate of Florida's

P.O. Box 44291
Jacksonville, FL 32231-4291
www.optacomp.com

Independent licensee of the
Blue Cross and Blue Shield Association.

Estimado Empleado lesionado:

En nombre de OptaComp y de su empleador, nos enteramos de que usted sufrió una lesión y queremos que sepa que estamos comprometidos a dedicar todo el tiempo y la energía necesarios para facilitar su recuperación médica y su reincorporación al trabajo.

Nuestro papel es ayudarle a recibir los beneficios a los que tiene derecho y apoyar la comunicación constante entre usted, su empleador y la comunidad médica. Considérenos como su asociado en el proceso de Compensación para el Empleado por accidentes laborales.

Al recibir atención médica, deberá:

- Ser tratado en todo momento con atención, consideración e interés
- Acceso sin demora a la atención médica pertinente
- Acceso a la Enfermera Administradora de Casos y al equipo de Ajustadores que será asignado a su reclamación y cuya responsabilidad es apoyarle en lo que necesite
- Nosotros actuaremos como su asociado en el proceso de compensación para el empleado por accidentes laborales
- Devolveremos sus llamadas telefónicas durante el mismo día hábil

Tenemos el compromiso de proporcionarle el mejor servicio posible. Si en algún momento se siente insatisfecho con el servicio que recibe, dénos la oportunidad de superar sus expectativas poniéndose en comunicación con el equipo administrativo de OptaComp.

Cordialmente,

A handwritten signature in black ink that reads "Steven Henderson".

Steven Henderson
Gerente de Cuentas de Departamento
Teléfono y ext.: 407 833 7831
Fax: 407 804-4518
Correo electrónico: steven.henderson@bcbsfl.com

OptaComp y su empresa matriz, Blue Cross and Blue Shield of Florida,
son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.
OptaComp es el nombre comercial formal de Comp Options Insurance Company, Inc.

Contenido

Requisitos legales y complementarios..... 1

Formularios necesarios e información esencial2-3

¡ES NECESARIO QUE ACTÚE! Lea esto con detenimiento

- Formulario de Reconocimiento 3
 - Autorización médica y/u hospitalaria
 - Declaración sobre el fraude
 - Información para el Empleado – Información importante sobre la Compensación para el Empleado por accidentes laborales en el Estado de Florida
 - Información protegida sobre salud (PHI)

Información general 4-7

- ¿Qué es la Compensación para el Empleado por accidentes laborales?..... 4
- Derechos y beneficios del empleado..... 4
- ¿Qué es un Ajustador?..... 4
- ¿Qué es una Enfermera Administradora de Casos?..... 5
- Beneficios por lucro cesante 5
- Permanencia en el trabajo, regreso al trabajo..... 5
- Mejoría médica máxima..... 6
- Responsabilidades de OptaComp 6
- División de las Responsabilidades de la Administración de Riesgos6
- Responsabilidades del empleado lesionado 7
- Mientras recibe tratamiento..... 7
- Seguridad 7
- Temporada de huracanes..... 7

Formularios de beneficios8-14

- Formularios de millaje médico para la Compensación para el Empleado por accidentes laborales 8-9
- Solicitud de cambio por única vez en el Formulario del médico tratante 10
- Formulario de encuesta sobre Compensación para el Empleado por accidentes laborales para el empleado lesionado..... 11
- Formulario de informe de ingresos del Empleado 12
- Información importante: Ingresos previos a la lesión..... 14

Información esencial

Su reclamación está siendo procesada conforme al Estatuto 440.20(4) de Florida, el cual exige que la División de Administración de Riesgos inicie el pago de la compensación mientras recopilamos la información necesaria sobre su reclamación. De buena fe, podemos empezar a pagarle beneficios a usted para aminorar su carga financiera y atender sus necesidades médicas. Si por algún motivo se determina que su reclamación debe ser denegada parcial o totalmente, así lo haremos y le notificaremos a usted por escrito en el plazo de 120 días a partir de la provisión inicial de beneficios. Si su reclamación fuese denegada, la División de Administración de Riesgos pagará en su totalidad la atención médica que nosotros hayamos autorizado hasta la fecha en que usted reciba nuestra notificación de denegación por escrito.

Estatuto de limitaciones

Una vez que se lesione en el trabajo o que reciba la noticia de que su lesión amerita compensación, usted dispone de 30 días para notificar sobre su lesión a su empleador. En general, usted dispone de dos años, contados a partir de la fecha de su lesión, para presentar una reclamación. La omisión del informe de lesión dentro del plazo de 30 días puede ser usada como defensa contra su reclamación, al margen del estatuto de limitación de dos años para presentar su reclamación. Además, su elegibilidad para recibir beneficios también puede desaparecer un año después de la fecha en que haya recibido su último cheque de compensación salarial o cualquier servicio de atención o tratamiento médico aprobado.

Si tiene dudas al respecto o quiere cerciorarse de que la información proporcionada en este paquete es precisa, le sugerimos llamar al teléfono que aparece a continuación:

The Florida Department of Financial Services
Division of Workers' Compensation
Employee Assistance Office

Número de Teléfono:
1-800-342-1741

El Departamento de Servicios Financieros de la División de Compensación para el Empleado por accidentes laborales del Estado de Florida, le ayudará con cualquier duda o pregunta que tenga en su calidad de empleado lesionado del estado de Florida, y también puede ayudarle a resolver cualquier problema que surja entre usted, la División de Administración de Riesgos, y OptaComp.

*Los empleados están cubiertos
desde el primer día de labores en
su puesto.*



Formularios necesarios e información esencial

Toda la información de este paquete de Orientación para los Empleados Lesionados es **IMPORTANTE**. Siga los pasos indicados y dedique tiempo a leerla cuidadosa y completamente.

Paso 1

- Por favor, **LEA CUIDADOSAMENTE, FIRME, FECHÉ Y DEVUELVA** de inmediato los formularios y/o documentos adjuntos en las siguientes páginas, en el sobre domiciliado y con porte pagado provisto.

LISTA DE VERIFICACIÓN:

- Formulario de Reconocimiento - (Página 3)
 - Formulario de Consentimiento y Autorización Médica
 - Declaración sobre el fraude
 - Acuse de recibo del Folleto del Estado de Florida titulado "Employee Facts - Important Workers' Compensation Information For Florida's Workers" (Datos para el empleado - Información importante sobre Compensación para el Empleado por accidentes laborales para trabajadores del Estado de Florida)
 - Carta del Departamento de Servicios Financieros (Department of Financial Services), División de Compensación para el Empleado por accidentes laborales (Division of Workers' Compensation) del Estado de Florida
 - Información protegida sobre salud (PHI)
- Formulario de la encuesta para el empleado lesionado sobre Compensación para el Empleado por accidentes laborales – (Página 11)

IMPORTANTE - LEA CON CUIDADO:

- Conforme al Estatuto de Florida 440.105(7): El empleado lesionado o cualquier otra persona que haga una reclamación conforme a este capítulo, estampará su firma de puño y letra para verificar que leyó, entiende y acepta la siguiente declaración: "Cualquier persona que, con conocimiento de causa e intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora o programa de autoaseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga datos falsos o información mal intencionada, comete el delito de fraude de seguros, mismo que se sanciona conforme al estatuto s. 817.234." Si el empleado lesionado u otra persona se niega a firmar el documento que verifica que ha leído, entiende y acepta la declaración, los beneficios o pagos comprendidos por el presente capítulo quedarán suspendidos hasta que se obtenga dicha firma.

Paso 2

- Siga las instrucciones de su médico.
- Faltar a sus citas programadas puede poner en riesgo sus beneficios de compensación para el empleado.
- Si necesita asistencia para su atención médica, comuníquese por favor con su Enfermera Administradora de Casos.

Paso 3

- Comuníquese periódicamente con Administración de Riesgos, OptaComp y su empleador.

¡ES NECESARIO QUE ACTÚE!

Por favor, **LEA, FIRME y DEVUELVA** este Formulario de Reconocimiento en el sobre con porte de correos pagado que se incluye en este paquete.

Autorización médica y/u hospitalaria

- De conformidad con el Estatuto de Florida 440.13(4)(c), lo autorizo a otorgar a la División de Administración de Riesgos del Estado de Florida, a OptaComp y/o a los representantes que estas designen copias de cualquier registro, informe e información de carácter médico correspondientes a la lesión o enfermedad en el lugar de trabajo en particular, respecto de la cual busco recibir una compensación.
- Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta autorización sea considerada tan efectiva y válida como la original.
- Estoy enterado de que tengo derecho a revocar por escrito esta autorización en cualquier momento.

Declaración sobre el fraude

- Entiendo y reconozco que "Cualquier persona que, con conocimiento de causa e intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora o programa de autoaseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga datos falsos o información mal intencionada, comete el delito de fraude de seguros, mismo que se sanciona conforme al estatuto s. 817.234"

Información para el Empleado – Información importante sobre la Compensación para el Empleado por accidentes laborales en el Estado de Florida

- Reconozco que recibí anexo el folleto titulado "Información para el empleado - Información importante sobre la Compensación para el Empleado por accidentes laborales en el Estado de Florida" y una carta (al principio de este paquete de orientación) del Departamento de Servicios Financieros, División de Compensación de los Trabajadores del Estado de Florida, relacionada con los servicios que ofrece la Oficina de Asistencia al Empleado.

Información Protegida sobre Salud (PHI)

- De conformidad con la ley de protección de información sobre salud (HIPAA), un organismo cubierto (proveedor de atención médica, etc.) puede dar a conocer la información protegida sobre salud (PHI, por sus siglas en inglés) del empleado o de otra persona "como lo autoriza la ley, y en el grado necesario para cumplir con las leyes relacionadas con la compensación para el empleado por accidentes laborales u otros programas similares, que la ley establece, que prestan beneficios por lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo sin importar la causa". 45 C.F.R. 164.512(l).

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____ Fecha: _____

Uso interno: Pegue aquí la etiqueta de la reclamación

Información General

Esta información tiene por objeto explicarle sus derechos y responsabilidades. En este folleto se le explicarán sus derechos legales, conforme al Estado de Florida, para recibir salarios perdidos y atención médica, así como información sobre la estancia en el trabajo. Si tiene más preguntas, no dude en llamar a su ajustador en la División de Administración de Riesgos.

¿Qué es la Compensación para el Empleado por accidentes laborales?

NOTA IMPORTANTE: Ni su empleador ni la División de Administración de Riesgos establecen beneficios permitidos por ley. La Compensación para el Empleado por accidentes laborales está regulada por el Estado de Florida y la ley establece los niveles de beneficios. Usted está protegido conforme a la ley de compensación para el empleado si sufre alguna lesión o enfermedad ocupacional “derivada del desempeño de sus obligaciones laborales y el tipo de ocupación” que tiene.

Derechos y beneficios del empleado

- La cobertura de seguro para la compensación del empleado por accidentes laborales la proporciona el empleador, sin costo para el empleado lesionado.
- Ésta pagará toda la atención médica razonable y necesaria si un empleado se lesionara en el trabajo o adquiriera una enfermedad ocupacional “derivada del desempeño de las obligaciones laborales y del tipo de ocupación”.
- Los empleados están cubiertos desde el primer día de trabajo.
- Si un empleado se lesiona en el trabajo, posiblemente se le exija hacerse una prueba de detección de consumo de drogas ilegales y alcohol. Si las pruebas de detección de drogas o alcohol en el momento de la lesión resultan positivas, la reclamación del empleado lesionado puede ser denegada y posiblemente no reciba beneficios.
- Todo empleado lesionado tiene el derecho de recibir copias de cualquier informe médico que solicite. Posiblemente el consultorio médico cobre \$0.50 por fotocopia ordinaria; los costos reales de las radiografías o los documentos no impresos en papel pueden ser mayores.



¿Qué es un Ajustador?

El ajustador es la persona responsable de recopilar los hechos relacionados con una reclamación y de decidir qué se hace con la reclamación, así como de autorizar los beneficios resultantes de las reclamaciones de compensación para el empleado, de las pólizas de seguro médico, de los convenios de cobertura y de los convenios de servicio.

Información General

¿Qué es una Enfermera Administradora de Casos?

La Enfermera Administradora de Casos es una Enfermera Registrada o Enfermera Profesional Licenciada que se encarga de coordinar la atención médica relacionada con el empleado lesionado. La Enfermera Administradora de Casos programará y autorizará todas las citas necesarias con el médico, responderá sus preguntas de carácter médico y ayudará al empleado lesionado a permanecer en su puesto o, en algunos casos, a regresar al trabajo después de su tratamiento y atención médica.

Beneficios por lucro cesante

Los empleados lesionados pueden tener derecho a percibir sus salarios perdidos, siempre y cuando el tiempo laboral perdido se deba a restricciones que el médico autorizado a cargo del tratamiento le indique al empleado lesionado.

La ley de Compensación para el Empleado por accidentes laborales del Estado de Florida establece que los primeros siete días de discapacidad luego de una lesión conforman el período de espera. De allí en más, durante la continuación de la discapacidad, el empleado lesionado recibirá un reembolso por los salarios perdidos al 66 2/3% de su salario semanal promedio, que no exceda el beneficio máximo establecido por el Estado.

Como empleado de Servicio de Carrera, SES u otro empleado permanente SMS del Estado de Florida, si sufre una discapacidad por una lesión relacionada con el trabajo, tendrá un estado de pago total por las primeras cuarenta horas de discapacidad sin que tenga que usar la licencia acumulada. Más allá de la semana inicial de discapacidad, quizás se le permita usar la licencia acumulada para compensar la diferencia en el 100% de su salario y el monto de los beneficios de discapacidad pagados por la Administración de Riesgos. Pídale información adicional a su empleador.

Si usted tiene un segundo empleo, es su responsabilidad informárselo al ajustador, ya que esto puede afectar su derecho a beneficios.

Permanencia en el trabajo, regreso al trabajo

Se espera que los trabajadores lesionados se reincorporen de inmediato al trabajo después de sus citas médicas, sea en uso de sus capacidades normales o en forma adaptada, según lo considere el médico autorizado. Si el trabajador lesionado se niega a volver al trabajo, puede perder algunos beneficios por compensación para el empleado por accidentes laborales.

El empleador debe esforzarse por ofrecerle al empleado lesionado tareas en las que se tengan presentes las limitaciones funcionales que señale el médico autorizado a cargo del tratamiento. Si el empleador ya no puede emplear al trabajador lesionado debido a sus limitaciones, le pagará beneficios hasta que el trabajador encuentre otro empleo o se declare su mejoría médica máxima.



OptaComp autorizará todas las órdenes de referencia médicamente necesarias y hará todos los preparativos.

Información General

Mejoría médica máxima

Si el médico considera que el trabajador lesionado se encuentra nuevamente en su estado previo a la lesión o que su estado médico no puede mejorar más después de la lesión, el médico declarará que el trabajador lesionado está en condición de máxima mejoría médica. Una vez que se declare al trabajador lesionado en estado de máxima mejoría médica, se le pagarán los beneficios por discapacidad adecuados al grado de discapacidad que determine el médico tratante. El ajustador de la División de Administración de Riesgos pagará los beneficios por discapacidad.

Además, cuando se considere que el empleado lesionado está en estado de máxima mejoría médica general, dicho empleado tendrá la obligación de pagar un copago de \$10 por visita al consultorio para recibir servicios médicos, salvo en los casos de emergencia. El requisito del copago se basa en el Estatuto 440.13 (14) (c) del Estado de Florida.

Nota: Las citas de seguimiento deben ser aprobadas previamente por su Enfermera Administradora de Casos.

Responsabilidades de OptaComp

OptaComp tiene la responsabilidad de facilitar los beneficios médicos a los que tenga derecho un empleado lesionado. Proporcionaremos a los empleados lesionados acceso a la atención médica derivándolos a centros de tratamiento o con médicos ubicados cerca del lugar de trabajo normal del empleado lesionado. OptaComp se esforzará por asegurar que todos los servicios médicos estén a cargo de médicos licenciados u otros profesionales de la salud licenciados. OptaComp les ayudará a responder sus preguntas sobre la compensación para el empleado por accidentes laborales y sobre cómo acceder a la atención médica. Somos responsables del pago oportuno de todos los beneficios médicos de compensación para el empleado por accidentes laborales.

División de las Responsabilidades de la Administración de Riesgos

La División de Administración de riesgos es responsable de proporcionar la cobertura de compensación para el empleado por accidentes laborales a las agencias y universidades del Estado de Florida, sus empleados y voluntarios. Los ajustadores de Administración de Riesgos son responsables de la toma de decisiones de las reclamaciones, incluyendo la determinación de compensabilidad, la provisión de beneficios por tiempo perdido para los empleados discapacitados por una lesión relacionada con el trabajo y la administración de otros beneficios no médicos de compensación para el empleado por accidentes laborales. La Administración de Riesgos se asoció con OptaComp para coordinar su atención médica relacionada.

Información General

Responsabilidades del empleado lesionado

1. Atención de emergencia

- En caso de verdadera emergencia, llame al 911 o acuda a la sala de emergencias más cercana; luego, comuníquese con su empleador tan pronto como le sea posible.
- Su empleador llamará a OptaComp tan pronto como pueda, una vez que usted reciba la atención médica o el tratamiento de emergencia.
- OptaComp coordinará cualquier atención médica de seguimiento que se estime necesaria.

2. Atención médica de rutina o urgente

- El empleado lesionado debe informar de inmediato a su empleador sobre la lesión.
- El empleador llamará a OptaComp para que usted tenga acceso a la atención médica adecuada y para solicitar la autorización previa de dicha atención.
- El médico le brindará el tratamiento y decidirá cuáles son sus necesidades médicas futuras.
- Deberá presentarse a todas las citas de seguimiento programadas para no poner en riesgo los beneficios de compensación que pudieran adeudársele.
- Si no puede asistir a una cita, sea por el motivo que sea, deberá comunicarse de inmediato con la Enfermera Administradora de Casos para que autorice y re programe su próxima cita.

Mientras recibe tratamiento

Puede pedir un “cambio de médico por única vez” por reclamación si llama a la Enfermera Administradora de Casos y le envía su petición por escrito (vea la página 10). Una vez que reciba la petición por escrito, la Enfermera Administradora de Casos facilitará el traslado de su caso al nuevo médico y cancelará la autorización otorgada al médico actual.

En cualquier momento durante el tratamiento, el médico puede referirlo a un especialista médico para que realice pruebas o le brinde servicios adicionales. OptaComp autorizará todas las órdenes de referencia que sean médicamente necesarias y hará todos los preparativos.

Seguridad

Los empleados deben ponerse y usar todos los equipos de seguridad que su empleador les exija. De no hacerlo así, sus beneficios de indemnización por accidentes laborales serán reducidos en 25%.

Temporada de huracanes

Durante las alertas y avisos de huracanes, es responsabilidad de los trabajadores lesionados asegurarse de tener reservas adecuadas de los medicamentos autorizados.

La Enfermera Administradora de Casos responderá sus preguntas al respecto.

REEMBOLSO POR LAS MILLAS RECORRIDAS

Número de reclamación: _____
 Empleado: _____
 Empleador: _____
 Fecha del Accidente: _____

**** SÍRVASE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO PARA CADA DÍA POR EL QUE SE SOLICITA EL REEMBOLSO DE LAS MILLAS RECORRIDAS**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO O DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA:	FECHA(S)	DIRECCIÓN DE PARTIDA DEL RECLAMANTE	DIRECCIÓN DE LLEGADA DESPUÉS DE LA CITA CON EL MÉDICO	MILLAS POR EL VIAJE DE IDA Y REGRESO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

POR FAVOR, NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

DESPUÉS DEL 30 DE JUNIO DEL 2006, SE REEMBOLSAN A RAZÓN DE \$.445 CENTAVOS POR MILLA LAS DISTANCIAS RECORRIDAS PARA MOVILIZARSE HASTA LOS PROVEEDORES MÉDICOS AUTORIZADOS Y DESDE ELLOS.

Cualquier persona que, con conocimiento de causa e intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora o programa de autoaseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga datos falsos o información mal intencionada, comete el delito de fraude de seguros, que se sanciona conforme al estatuto FS 817.234.

Enviar por correo a: Division of Risk Management
 Workers' Compensation Section
 P.O. Box 8020
 Tallahassee, Florida 32314-8020

Firma del reclamante: _____

Fecha: _____

REEMBOLSO POR LAS MILLAS RECORRIDAS

Número de reclamación: _____
 Empleado: _____
 Empleador: _____
 Fecha del Accidente: _____

**** SÍRVASE COMPLETAR TODAS LAS SECCIONES DE ESTE FORMULARIO PARA CADA DÍA POR EL QUE SE SOLICITA EL REEMBOLSO DE LAS MILLAS RECORRIDAS**

NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL MÉDICO O DEL CENTRO DE ATENCIÓN MÉDICA:	FECHA(S)	DIRECCIÓN DE PARTIDA DEL RECLAMANTE	DIRECCIÓN DE LLEGADA DESPUÉS DE LA CITA CON EL MÉDICO	MILLAS POR EL VIAJE DE IDA Y REGRESO
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____

POR FAVOR, NO ESCRIBA EN ESTE ESPACIO

DESPUÉS DEL 30 DE JUNIO DEL 2006, SE REEMBOLSAN A RAZÓN DE \$.445 CENTAVOS POR MILLA LAS DISTANCIAS RECORRIDAS PARA MOVILIZARSE HASTA LOS PROVEEDORES MÉDICOS AUTORIZADOS Y DESDE ELLOS.

Cualquier persona que, con conocimiento de causa e intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora o programa de autoaseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga datos falsos o información mal intencionada, comete el delito de fraude de seguros, que se sanciona conforme al estatuto FS 817.234.

Enviar por correo a: Division of Risk Management
 Workers' Compensation Section
 P.O. Box 8020
 Tallahassee, Florida 32314-8020

Firma del reclamante: _____

Fecha: _____

Sírvase completar, firmar y devolver este formulario,
SOLAMENTE si solicita un cambio de médico tratante, por única vez

A: **OptaComp**
P.O. Box 44291
Jacksonville, FL 32231-4291

RE: Empleador: _____
Número de reclamación: _____
Fecha de la lesión: _____
Médico actual: _____

Sírvanse aceptar esta carta como mi solicitud de cambio de médico, por única vez, para la atención del accidente antedicho.

El Estatuto 440.13(2)(f) del Estado de Florida define los derechos y responsabilidades de los empleados lesionados que se describen a continuación:

“Una vez que reciba la petición por escrito del empleado, la compañía aseguradora le dará al empleado la oportunidad de hacer un cambio de médico durante el período de tratamiento de un accidente. Una vez aprobado el cambio de médico, al médico que se autorizó originalmente y que tenga la misma especialidad que el médico nuevo, se le retirará la autorización por medio de notificación escrita por parte del empleador o la compañía aseguradora. La compañía aseguradora autorizará un médico alternativo, que no esté afiliado profesionalmente con el médico anterior, en el término de 5 días contados a partir de la recepción de la solicitud. Si la compañía aseguradora no señala un cambio de médico tal como el empleado lo solicitó, el empleado podrá seleccionar al nuevo médico, al cual se considerará autorizado si el tratamiento que lleva a cabo es compensable y médicamente necesario”

Al firmar debajo, entiendo y reconozco que estoy solicitando mi cambio de médico por única vez, tal como lo conceden las leyes del Estado de Florida, y me declaro enterado de que no podré solicitar otro cambio de médico.

Nombre (en letra de imprenta): _____

Firma: _____

Fecha: _____

SÍRVASE COMPLETAR, FIRMAR Y DEVOLVER ESTE FORMULARIO

Preguntas de la encuesta	Muy satisfecho(a)	Satisfecho(a) en general	Insatisfecho(a) en general	Muy insatisfecho(a)
Experiencia con los servicios de OptaComp:				
1. OptaComp me ofreció soluciones sensibles y pareció estar genuinamente interesado en mi incidente laboral. <i>(Ejemplos: sentí que me confortaban, apoyaban y escuchaban)</i>				
2. OptaComp atendió mi reclamación en forma competente. <i>(Ejemplos: sentí que estaba en manos de personas capaces, devolvieron oportunamente mis llamadas y la información que recibí fue precisa)</i>				
3. OptaComp se cercioró de que yo supiera cómo obtener ayuda en lo referente a mi reclamación. <i>(Ejemplos: se me proporcionó un número telefónico local o gratuito, se me dió información sobre cómo ponerme en contacto con mi ajustador y mi enfermera)</i>				
Atención médica inicial de mi lesión:				
4. Sentí que el examen médico que me hicieron cubrió mis necesidades médicas. <i>(Ejemplos: El examen fue adecuado, el médico comentó conmigo las opciones de tratamiento, me hizo sentir positivo sobre mi recuperación, etc.)</i>				
5. Si no tuviera un médico personal, habría elegido a este médico para que me brindara atención médica no laboral.				
6. Sentí que el médico hizo un buen intento por explicarme sus hallazgos, conclusiones y expectativas respecto a mi lesión. <i>(Ejemplos: El médico me explicó la importancia de que yo participara activamente en mi recuperación y mi capacidad para seguir trabajando o reincorporarme al trabajo. Tengo una buena idea de mi afección laboral)</i>				
7. Mi atención médica inicial estuvo a cargo de: <i>(marque una de las siguientes opciones)</i> Sala de emergencias _____ Centro de atención médica urgente o sin cita previa _____ Consultorio particular de un médico o un especialista _____				
Comentarios adicionales <i>(de ser necesario, anexe hojas adicionales):</i>				

Encuesta llevada a cabo por:
11 Nombre (en letra de imprenta): _____ Fecha: _____

INFORME DE INGRESOS DEL EMPLEADO

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS FINANCIEROS, DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN
PARA EMPLEADOS POR ACCIDENTES LABORALES DEL ESTADO DE FLORIDA

FECHA DE RECEPCIÓN POR PARTE DEL ORGANISMO QUE ATIENDE LA RECLAMACIÓN	FECHA DE ENVÍO A LA DIVISIÓN	FECHA DE RECEPCIÓN EN LA DIVISIÓN

PRECAUCIÓN

LA OMISIÓN O NEGACIÓN POR PARTE DEL EMPLEADO DE LLENAR, FIRMAR Y DEVOLVER ESTE INFORME EN EL PLAZO DE 21 (VEINTIÚN) DÍAS CONTADOS A PARTIR DE LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD, PUEDE SER MOTIVO DE SUSPENSIÓN DEL PAGO DE BENEFICIOS HASTA QUE SE ENTREGUE ESTE FORMULARIO, DEBIDAMENTE LLENADO, EN LA OFICINA QUE LO SOLICITA.

IMPRIMIR O ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA

I. IDENTIFICACIÓN DE LAS PARTES (para ser llenado por la parte solicitante)					
NÚMERO DE SEGURO SOCIAL DEL EMPLEADO		NOMBRE DEL EMPLEADO (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		FECHA DEL ACCIDENTE: (mes-día-año)	
DOMICILIO DEL EMPLEADO		NOMBRE Y DOMICILIO DEL EMPLEADOR DEL ACCIDENTADO		RECLAMACIONES - NOMBRE Y DOMICILIO DEL ORGANISMO QUE ATIENDE LA RECLAMACIÓN Department of Financial Services Division of Risk Management Post Office Box 8020 Tallahassee, Florida 32314-8020	
II. NOTIFICACIÓN PARA EL EMPLEADO					
LA LEY DE COMPENSACIÓN PARA EL EMPLEADO POR ACCIDENTES LABORALES EXIGE QUE TODAS LAS PERSONAS QUE RECIBAN O RECLAMEN BENEFICIOS POR DISCAPACIDAD TEMPORAL Y/O DISCAPACIDAD TOTAL PERMANENTE INFORMEN A SU EMPLEADOR, A LA COMPAÑÍA ASEGURADORA Y/O A LA DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA EMPLEADOS POR ACCIDENTES LABORALES, SOBRE TODOS SUS INGRESOS, CUALQUIERA QUE SEA SU ORIGEN. LLENE POR FAVOR ESTE INFORME Y DEVUÉLVALO A LA PARTE SOLICITANTE EN EL PLAZO DE 21 (VEINTIÚN) DÍAS DESPUÉS DE LA FECHA EN QUE LO RECIBA.					
PERIODO A REPORTAR DESDE EL:		HASTA EL:		¿HA RECIBIDO INGRESOS DE FUENTES DISTINTAS A LA COMPENSACIÓN PARA EMPLEADOS POR ACCIDENTES LABORALES? <input type="checkbox"/> SÍ (DE SER SÍ, LLENE, FIRME, FECHÉ Y DEVUELVA EL FORMULARIO) <input type="checkbox"/> NO (DE SER NO, FIRME, FECHÉ Y DEVUELVA EL FORMULARIO)	
DE SER NECESARIO, ANEXE DOCUMENTACIÓN SOBRE INGRESOS ADICIONAL					
III. ¿RECIBÍ INGRESOS DE ALGUNA PERSONA, FIRMA O COMPAÑÍA DURANTE EL PERIODO ESTIPULADO EN LA SECCIÓN II? <input type="checkbox"/> SÍ (DE SER SÍ, PROPORCIONE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN) <input type="checkbox"/> NO					
NOMBRE DE LA PERSONA/FIRMA/COMPAÑÍA		DIRECCIÓN		PERIODO TRABAJADO DESDE EL: HASTA EL:	
				INGRESOS BRUTOS TOTALES	
IV. DURANTE EL PERIODO ESTIPULADO EN LA SECCIÓN II, ¿ESTUVO AUTOEMPLEADO? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO					
DESCRIBA BREVEMENTE SU TIPO DE NEGOCIO O SERVICIO					
FECHAS DE AUTOEMPLEO DESDE EL: HASTA EL:		SUELDOS, INGRESOS O BENEFICIOS RECIBIDOS		FECHAS DE AUTOEMPLEO DESDE EL: HASTA EL:	
V. DURANTE EL PERIODO ESTIPULADO EN LA SECCIÓN II, ¿RECIBÍ ALGÚN BENEFICIO DE SEGURO SOCIAL? <input type="checkbox"/> SÍ (DE SER SÍ, ANOTE LAS CANTIDADES) <input type="checkbox"/> NO					
INGRESOS MENSUALES TOTALES POR SEGURO SOCIAL		CANTIDAD PAGADA POR SU DISCAPACIDAD		CANTIDAD PAGADA POR SUS DEPENDIENTES	
VI. DURANTE EL TIEMPO ESTIPULADO EN LA SECCIÓN II, ¿RECIBÍ SUELDOS, INGRESOS O BENEFICIOS DE ALGUNA OTRA FUENTE? Por ejemplo, beneficios de Compensación por Desempleo, beneficios por Compensación para Empleados por accidentes laborales por parte de otra compañía aseguradora, etc.? De ser necesario, anexe la documentación correspondiente. <input type="checkbox"/> SÍ (DE SER SÍ, ANOTE LAS CANTIDADES) <input type="checkbox"/> NO					
PERIODO DE RECEPCIÓN DE LOS BENEFICIOS				CANTIDAD TOTAL	
ORIGEN DE LOS SUELDOS, INGRESOS O BENEFICIOS		DESDE EL:		HASTA EL:	
Cualquier persona que, con conocimiento de causa e intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, compañía aseguradora o programa de autoaseguramiento, presente una declaración de reclamación que contenga datos falsos o información mal intencionada, comete el delito de fraude de seguros, mismo que se sanciona conforme al estatuto FS 817.234. Sección 440.105(7), F.S.					
DECLARO QUE HE LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO LO ANTEDICHO. LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONO ES VERDADERA Y CORRECTA DENTRO DE LOS LÍMITES DE MI CONOCIMIENTO.					
FIRMA DEL EMPLEADO _____			FECHA _____		
VII. DEVOLVER A (para ser llenado por la parte solicitante).					
NOMBRE DE LA PARTE SOLICITANTE		FIRMA DE LA PARTE SOLICITANTE		DOMICILIO Y TELÉFONO DE LA PARTE SOLICITANTE	
				Florida Department of Financial Services Worker's Compensation Section Post Office Box 8020 Tallahassee, Florida 32314-8020 (850) 413-3123	
TÍTULO		FECHA: (mes-día-año)			

Declaración de propósito y uso de DWC-19

La recopilación del número de seguro social en este formulario es imperativa para que la División de Compensación para el Empleado por accidentes laborales lleve a cabo sus funciones y responsabilidades según lo establece la ley. El número de seguro social se utilizará como número de identificación único en los sistemas de base de datos de la División de Compensación para el Empleado para aquellos individuos que hayan reclamado beneficios conforme el Capítulo 440 del Estatuto de Florida. También se utilizará para identificar información y documentos en esos sistemas de base de datos relativos a aquellos individuos que hayan reclamado beneficios conforme el Capítulo 440 del Estatuto de Florida. También se utilizará para fines internos de seguimiento por parte de la agencia y para responder tanto a peticiones de información pública y citaciones que requieran la presentación de determinados documentos.

El número de seguro social también se podrá utilizar con otros fines según lo establezcan o autoricen las leyes estatales y federales.

Información importante: ingresos previos a la lesión

LEA ESTO SI FUE DADO(A) DE ALTA PARA REINCORPORARSE AL TRABAJO Y NO ESTÁ RECIBIENDO AL MENOS 80% DE SUS INGRESOS PREVIOS A LA LESIÓN

Su médico le ha dado de alta para que regrese al trabajo, pero debido a su accidente laboral, se le dieron restricciones en cuanto al tipo de trabajo que puede hacer ahora. Puesto que todavía no ha alcanzado su máxima mejoría médica (la fecha después de la cual su médico sostiene que su lesión probablemente ya no mejorará), podrá seguir recibiendo los beneficios por compensación por accidentes laborales aproximadamente cada dos semanas si no puede ganar al menos 80% del sueldo semanal que recibía antes de que se lesionara.

Estos beneficios, llamados beneficios por Discapacidad Parcial Temporal, le serán pagados hasta que:

1. Llegue a su máxima mejoría médica o pueda regresar al trabajo sin restricciones;
2. Reciba el máximo de 104 semanas que las leyes otorgan como beneficios por Discapacidad Total Temporal, beneficios por Discapacidad Parcial Temporal o beneficios por Capacitación y educación Total Temporal, o 104 semanas de beneficios combinados; O
3. Gane 80% o más del sueldo semanal que ganaba en el momento de su accidente.

IMPORTANTE: Los beneficios por Discapacidad Parcial Temporal pueden ser suspendidos si:

1. Usted no notifica a su ajustador de la División de Administración de Riesgos dentro de los cinco (5) días hábiles luego de su reincorporación al trabajo;
2. Usted no está trabajando debido a su propia mala conducta en el empleo;
3. Usted rechaza el empleo adecuado que se le ofrece, o
4. Usted no devuelve, si así se requiere, el Formulario DFS-F2-DWC-19, Formulario de "Informe de Ingresos del Empleado" (página 12), como se adopta en la Norma 69L-3.025, F.A.C., a su ajustador de la División de Administración de Riesgos dentro de los 21 días después de recibido ni informa la recepción de ganancias, incluyendo los beneficios de Compensación por Desempleo o del Seguro Social. Posiblemente se le solicite completar, firmar y devolver el formulario de Informe de Ingresos del Empleado una vez al mes.

Deberá notificar a la División de Administración de Riesgos de inmediato si deja de ganar al menos 80% de los ingresos semanales que tenía antes de sufrir la lesión. Sin embargo, si abandona el trabajo sin una causa justa, según lo determine un Juez, sus beneficios por discapacidad parcial temporal se pagarán en base a la cantidad de dinero que hubiera ganado si no hubiera dejado el trabajo.

Para obtener más información sobre los beneficios por discapacidad parcial temporal, llame a la Oficina del Mediador para Asistencia del Empleado (EAO) con la División de Compensación para el Empleado por accidentes laborales, en cualquiera de sus oficinas locales listadas en su folleto de "Información importante sobre la Compensación para el Empleado por accidentes laborales para trabajadores del Estado de Florida", o al 1 (800) 342-1741.

Formulario adjunto DFS-F2-DWC-19 (vea la página 12)

OptaCompSM

The workers' comp affiliate of Florida's



orientación para empleados lesionados



En OptaComp pensamos que la diversidad es la "inclusión de todos, en especial las combinaciones irrepetibles de características humanas de cada uno y de los demás".

Visítenos en www.optacomp.com

OptaComp y su empresa matriz, Blue Cross and Blue Shield of Florida, son licenciatarios independientes de Blue Cross and Blue Shield Association.

67514S-0310R

OptaComp es el nombre comercial formal de Comp Options Insurance Company, Inc.