

Notificación de nueva contratación – Lesiones ocasionadas en el trabajo

¿Qué cubre la indemnización por accidentes laborales?

Es posible que usted tenga derecho a los beneficios de indemnización por accidentes laborales si se lesiona o enferma a causa de su trabajo. La indemnización por accidentes laborales cubre la mayoría de las lesiones físicas o mentales relativas al trabajo, así como las enfermedades laborales. Una lesión o una enfermedad puede ser provocada por un suceso (como lastimarse la espalda al caerse) o por repetidas exposiciones, como al lastimarse la muñeca por estar haciendo el mismo movimiento una y otra vez. Por lo general, los contratistas independientes y los voluntarios que no reciben una remuneración no tienen la cobertura de beneficios de indemnización por accidentes laborales.

Beneficios:

Entre los beneficios de indemnización por accidentes laborales están: Atención médica, discapacidad temporal, discapacidad permanente, vale de beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo y beneficios a causa de fallecimiento.

Atención médica:

Usted tiene derecho a recibir la atención médica que razonablemente se requiera para curarle o aliviarle los efectos de su lesión laboral. La atención médica puede incluir las consultas al médico, servicios hospitalarios, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías y medicamentos que sean razonablemente necesarios para dar tratamiento a su lesión. Los proveedores nunca deberán cobrarle a usted directamente cuando se trate de lesiones laborales. Existe cierto límite en cuanto a algunos servicios médicos. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. Es sumamente importante que en el formulario de reclamación usted llene la sección "Empleado", ya que a su empleador se le exige que autorice la atención médica en un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario. En caso de que sea necesaria atención adicional después del tratamiento inicial, el administrador de reclamaciones autorizará lo que sea apropiado para su lesión, inclusive, la derivación a especialistas.

Su Médico Primario de Tratamiento (PTP):

Se trata del médico con la responsabilidad general de darle tratamiento a su lesión o enfermedad. Su médico primario de tratamiento determina qué tipo de tratamiento necesita y cuándo podrá regresar a su trabajo. Como médico personal se puede designar a un grupo con diversas especialidades de médicos y osteópatas con

licencia. Si su empleador o la compañía aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo atienda por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral si presenta una solicitud al administrador de reclamaciones. Después de 24 consultas, los quiroprácticos no pueden seguir siendo médicos primarios de tratamiento. Si en su caso son necesarios especialistas, diagnósticos, etc., este médico será el responsable de hacer las derivaciones correspondientes. Si usted designa a su médico particular antes de que ocurra la lesión, en algunas circunstancias podrá consultarlo para obtener tratamiento. De lo contrario, su empleador tiene derecho a elegir al médico que le dará tratamiento durante los primeros 30 días. Después de 30 días usted podrá cambiar e ir con el médico de su preferencia. Aplican reglas especiales si su empleador le ofrece una Organización de Atención Médica (HCO) o si cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica (MPN). Usted deberá recibir información por parte de su empleador si cuenta con cobertura de una HCO o una MPN. Para más información, consulte a su empleador.

Tratamiento por parte de su médico particular:

Su médico particular puede darle tratamiento si usted se lo notifica a su empleador antes de que ocurra una lesión. El médico particular también puede ser un grupo de médicos u osteópatas con licencia. Por favor pídale a su médico que llene el formulario adjunto y que se lo devuelva a su empleador. Se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Su empleador debe ofrecer seguro médico colectivo.
2. Su médico particular debe estar de acuerdo previamente en darle tratamiento por lesiones o enfermedades laborales.
3. Su médico debe ser su médico de cabecera y cirujano.
4. Su médico previamente se ha encargado de su tratamiento y conserva sus registros, inclusive su historial médico.

¿Qué sucede si su empleador cuestiona la lesión?

La ley estatal exige que su empleador autorice atención médica en un lapso de un día a partir de que reciba el formulario de reclamación DWC 1. Su empleador puede ser responsable de hasta \$10,000 en atención médica hasta que la reclamación sea aceptada o rechazada.

Redes de Proveedores de Atención Médica:

Su empleador puede tener una MPN, que es una red de proveedores de asistencia de salud para proporcionar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si se ha designado previamente a su médico personal antes de su lesión en el trabajo, a continuación, puede recibir tratamiento de su médico previamente designado. Si no ha designado previamente y su empleador está usando una MPN, usted es libre de elegir un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por el empleador. Si está recibiendo tratamiento con un médico fuera de la MPN, por una lesión existente, es posible que tenga que cambiar a un médico dentro de la MPN. Para obtener más información, consulte la información de contacto de la MPN debajo.

Asistente de Acceso Médico en California MPN:

El acceso asistente médico, o MAA, tiene el deber primordial de ayudar a los empleados con la búsqueda de médicos de la red de proveedores médicos disponibles y la programación de citas médicas. El MAA estará disponible de lunes a sábado de 7:00 am - 8:00 pm (hora estándar del Pacífico). El MAA pondrá en contacto con el médico durante el horario normal para programar su cita. El MAA no tiene autoridad para autorizar el tratamiento y mantiene diferentes funciones que el examinador de reclamos.

Sedgwick Acceso Médico Asistente:

Teléfono: 1-87-SEDGWICK o 1-877-334-9425

Número telefónico gratuito de la Red de Proveedores de Atención Médica actual: 800-625-6588

Sitio web de la MPN: www.sedgwickproviders.com

- Seleccione el método de búsqueda: Nombre del médico, búsqueda de direcciones, o región de búsqueda
- La información de entrada al estado y código postal
- Seleccione la opción "Sedgwick Estándar MPN" desde el menú desplegable
- Haga clic en "Encontrar Proveedor"

Dirección de la Red de Proveedores de Atención Médica actual:

Sedgwick CMS
8855 Haven Avenue
Rancho Cucamonga, CA 91730
Fecha en que entra en vigor la MPN:

12/20/016

¿Y si mi empleador no cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica?

Si su empleador no tiene una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo

atienda por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral en un lapso de 30 días a partir de que reporte la lesión. Puede usar el formulario anexo de Notificación al Quiropráctico o Acupunturista Personal para notificar a su empleador sobre este cambio.

Atención médica de emergencia:

Si necesita atención médica de emergencia, llame inmediatamente al 911 para recibir ayuda del hospital, ambulancia, departamento de bomberos o de la policía.

Primeros auxilios:

Si necesita primeros auxilios, avise a su empleador. Si tiene más que una lesión simple que requiera primeros auxilios, necesitará pedir a su empleador un formulario de reclamación.

Beneficios por discapacidad temporal (TD):

Es posible que usted tenga derecho a pagos si pierde su salario mientras se recupera. La tarifa por discapacidad temporal se calcula multiplicando su salario semanal promedio por dos tercios. Según la ley de California, los 3 primeros días de incapacidad no se pagan, a menos que haya hospitalización al momento de la lesión o que la incapacidad sea por más de 14 días. Si su médico lo regresa a trabajar con modificaciones, es posible que tenga derecho a pérdida de salario. Generalmente esto se calcula al multiplicar por dos tercios la diferencia entre su salario semanal promedio y sus ingresos durante el tiempo que desempeñe el trabajo modificado. Esto está sujeto al mínimo y máximo de beneficios estipulados por la Legislatura de California. Los beneficios por discapacidad temporal son pagaderos dentro de los 14 días después de la fecha de la lesión o de que se sepa de la lesión. Los pagos posteriores son cada 14 días. Las lesiones que hayan ocurrido el 1 de enero de 2008 o después, sin exceder 104 semanas de discapacidad temporal, son pagaderas en un lapso de 5 años a partir de la fecha de la lesión. Las afecciones a más largo plazo (como hepatitis B y C, amputaciones, quemaduras graves, VIH, lesiones oculares por alta velocidad, quemaduras en los ojos por sustancias químicas, fibrosis pulmonar y enfermedades crónicas de los pulmones) son pagaderas no más de 240 semanas en un lapso de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir beneficios estatales por incapacidad por parte del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) si los beneficios por discapacidad temporal se suspenden, se demoran o se niegan. Existen límites de tiempo, por lo tanto, para más información comuníquese al EDD.

Beneficios por discapacidad permanente (PD):

Usted puede tener derecho a recibir pagos si su médico determina que su lesión ha limitado su capacidad para trabajar. La tarifa por discapacidad permanente se calcula al multiplicar su salario semanal promedio por dos tercios

y está sujeta al mínimo y máximo establecidos por la ley. La cantidad por discapacidad o impedimento permanente puede depender de la opinión de su médico, así como de su edad, tipo de lesión según su ocupación y la fecha de la lesión. Si usted tiene una discapacidad permanente o su evaluador de reclamaciones sospecha que la tenga, se le enviará una carta en la que le expliquen sus beneficios, incluirá el cálculo o el valor total de la discapacidad permanente, la cantidad de pago semanal, cómo se calcula el beneficio y todos sus derechos respectivos conforme al Código del Trabajo de California, e inclusive su derecho a objetar el informe sobre el cual se basa la resolución. Los beneficios por discapacidad permanente son pagaderos en un lapso de 14 días a partir del último pago de beneficios por discapacidad temporal o después de que su médico haya indicado que existe una discapacidad permanente. El beneficio es pagadero cada 14 días.

Beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo:

Usted puede tener derecho a un vale no transferible pagadero a una escuela estatal aprobada. Para cumplir con los requisitos, su lesión debe causarle una incapacidad, y además no ser posible que su empleador le ofrezca un trabajo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que reciba el reporte que indique que todas las afecciones han llegado al máximo de la mejoría médica. Si su empleador no le ofrece un empleo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que se determine la máxima mejoría médica, usted puede optar por recibir un vale no transferible para que lo utilice en una escuela acreditada por el estado para que tome cursos de readiestramiento o de reemplazo de destrezas. Si reúne los requisitos para el beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo, su evaluador de reclamaciones le dará un vale de hasta \$6,000.00.

Fondo para el regreso al trabajo

Si su lesión da como resultado una incapacidad permanente y se determina que la cantidad otorgada es desproporcionadamente baja en comparación con su pérdida de ingresos, puede tener derecho a una indemnización adicional. Se ha establecido un fondo para complementar los beneficios por discapacidad permanente en circunstancias específicas. Ese fondo está administrado por la División de Indemnización por Accidentes Laborales. Su evaluador puede ayudarle para que se dirija al recurso correcto para determinar su elegibilidad.

Beneficios por muerte:

Los beneficios por fallecimiento se pagan a los dependientes de un trabajador que muera a consecuencia de una lesión o enfermedad laboral. Este beneficio se calcula y paga de la misma manera que la discapacidad temporal. Se paga a una tarifa mínima de \$224 a la semana. Las tarifas del beneficio por fallecimiento son

estipuladas por las leyes estatales y el monto será según el número de dependientes. Si hay niños menores dependientes, los beneficios por fallecimiento son pagaderos por lo menos hasta que el hijo o la hija menor lleguen a la mayoría de edad. Con este beneficio se cubren también los gastos funerarios.

Notifique su lesión.

Informe de inmediato a su supervisor sobre la lesión o al:

Representante del Empleador Teléfono:

No demore. Hay límites de tiempo. Si espera demasiado tiempo, es posible que pierda el derecho a sus beneficios. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. En un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario de reclamación, su empleador habrá de autorizar que se le proporcione todo tratamiento que sea congruente con las pautas correspondientes de tratamiento por su supuesta lesión y será responsable hasta por \$10,000 (diez mil dólares) de tratamiento hasta que la reclamación haya sido aceptada o rechazada. Hasta la fecha cuando la reclamación sea aceptada o rechazada, la responsabilidad de tratamiento médico se limitará a \$10,000 (diez mil dólares). Si le rechazan su reclamación, usted tendrá derecho a apelar la decisión en un lapso de un año a partir de la fecha de la lesión.

Discriminación:

Es ilegal que su empleador lo castigue o lo despida por tener una lesión o enfermedad laboral, por presentar una reclamación o por declarar en el caso de indemnización por accidentes laborales de otra persona. Si se comprueba, usted puede recibir el salario que haya perdido, una reincorporación a su empleo, mayores beneficios y las costas y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, consulte a su empleador o al evaluador de reclamaciones correspondiente que se encargue de las reclamaciones de indemnización por accidentes laborales.

Administrador de Reclamaciones:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Dirección: P.O. Box 14433

Ciudad: Lexington Estado: KY C.P.: 40512-4433

Sedgwick Extended Medical Provider Network
MPN Identification Number: #2479

Teléfono: (866) 274-6586

El empleador está asegurado para indemnización por accidentes laborales con: The Dentist Insurance Company

¿Cómo encuentro información acerca de la aseguradora actual de mi empleador para la indemnización por accidentes laborales?

Para tener información sobre la aseguradora de su empleador para la indemnización por accidentes laborales, visite el siguiente sitio Web:

<https://www.caworkcompcoverage.com>

Si la póliza de indemnización por accidentes laborales ha caducado, comuníquese con un Comisionado del Trabajo en la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales; el número se puede encontrar en las Páginas Blancas locales, en Gobierno del Estado de California, Departamento de Relaciones Industriales.

Podrá obtener información gratuita con un funcionario de Información y Asistencia de la División Estatal de

Indemnización al Trabajador.

El funcionario de Información y Asistencia más cercano se encuentra en: <https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html>

Llame al **(800) 736-7401**, escuche la información grabada y una lista de oficinas locales. Entérese de más en línea: www.dir.ca.gov.

Reclamaciones falsas y negativas falsas.

Toda persona que deliberadamente haga o provoque que se hagan declaraciones materiales falsas o fraudulentas con el propósito de obtener o de que se rechace una indemnización por accidentes laborales o pagos, será culpable de un delito grave y podrá ser multada y encarcelada.

Su patrón puede no ser responsable de pagar la indemnización por accidentes laborales que sean consecuencia de que usted participe voluntariamente en alguna actividad fuera de su horario de trabajo en actividades recreativas, sociales o atléticas que no formen parte de sus deberes laborales.

DWC FORMA 9783 (1 de Julio, 2014) DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata le proporcione tratamiento médico para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

EMPLEADO: Empleado: Firme esta sección. <i>No podemos procesar esta formulario sin los campos marcados en negrilla con un asterisco (*)</i>	
Empleador:	_____
Nombre Del Empleado:*	_____ _____
(Employee ID#*)	_____
Fecha de alquiler:	_____
Fecha de nacimiento:	_____
Dirección:	_____ _____
Cuidad:	_____
Estado/Codigo Postal*	_____
Empleado firmar esta sección.	
Firma*	<u> X </u> _____
Fecha	_____

MÉDICO: DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR <i>Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:</i> (En letras de molde, por favor):	
Médico (primer nombre*)	_____
Médico (ultimo nombre*)	_____
Dirección de oficina*	_____ _____
Cuidad*	_____
Estado/Codigo Postal*	_____
Número De Teléfono	(___) ___ - ____
Nombre de grupo Medico:	_____
Licencia de CA#	_____
<i>Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación previa</i> Médico: Firme esta sección	
Firma:	<u> X </u> _____
Fecha de aceptación:	_____

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a)(3).