

AlaCOMP

alacompins.com | A Workers' Compensation Self Insurance Fund.

BUSINESS



INSURANCE
GROUP

Guía para Reporte de Reclamos

TABLA DE CONTENIDO

Bienvenido	2
Descargo de responsabilidad	3
Filosofía de reclamos	3
Departamento de Relaciones Industriales	3
Cuando Presentar una Reclamacion y Porque..	4
Reporte de Reclamos	5
Contención de gastos médicos y Protocolo.....	6
Protocolo Médico de su Compañía	7
Protocolo de emergencia de su Compañía...	10
Carta de la Compañía a todos los empleados implementando el Protocolo	11
El Programa de Recetas de AlaCOMP...	12
Política de drogas del Empleador...	13
Ayúdenos a ayudarlo	14
Fraude	15
PRIMER INFORME DEL EMPLEADOR SOBRE LESIÓN O ENFERMEDAD POR LA OCUPACION	16
DIR Instrucciones para presentar	19
Declaracion de Salarios.	23
Información sobre los beneficios adicionales	24
Registro de Millas...	25
Póster de Compensación de Trabajadores de Alabama	26

BIENVENIDOS

Nos alegramos de que asegure con el Fondo de Seguro Propio de la Compensación a los Trabajadores de Alabama (AlaCOMP) a través de Business Insurance Group. Estamos seguros de que usted estará contento con su decisión. Nuestro objetivo es ofrecer los mejores servicios en la industria. Haremos todo lo posible para ayudarle a controlar sus pérdidas y mejorar las prácticas de seguridad, que a su vez ayudara en el resultado final.

Esta Guía **para Reporte de Reclamos** fue desarrollada para brindar asistencia a nuestros valiosos clientes. Por favor, asegúrese de que el encargado de las demandas de compensación al trabajador, o Coordinador o Director de Recursos Humanos reciba esta guía.

Gracias por darnos la oportunidad de servir a sus necesidades de seguros. Por favor, llámenos si tiene alguna pregunta. Nuestra línea de servicio al cliente gratuita es 888-661-7119.

De nuevo, gracias y bienvenidos!

GENE A. LEWIS
AlaCOMP / Business Insurance Group
Gerente de Reclamos

AlaCOMP / BUSINESS INSURANCE GROUP
PO Box 230517
Montgomery, AL 36123-0517
(334) 215-8234
(888) 661-7119

FAX Reclamo: (334) 215-8480
Admin Polizas / Aseguramiento FAX: (334) 215-8479
Control de Pérdidas FAX: (334) 215-8480

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Esta Guía para Reporte de Reclamos no pretende ser una explicación exhaustiva de la Ley de Compensación a los Trabajadores de Alabama. Está diseñada para asistirle en la presentación de informes y gestión de los reclamos por compensación a los trabajadores. Esta Guía para Reporte de Reclamos es informativa solamente y no pretende dar asesoría legal y está sujeta a cambios sin previo aviso.

FILOSOFÍA DE RECLAMOS

Nuestra misión es investigar todos los reclamos de una manera rápida y exhaustiva. Gestionamos los reclamos con el objetivo de asegurar que los trabajadores lesionados reciban la mejor atención médica para regresar a su trabajo. Los servicios se proporcionan con la idea de que los empleadores quieren que sus empleados reciban todas las prestaciones y se pagarán en una manera, justa, equitativa y oportuna.

Un programa exitoso de gestión de siniestros requiere el trabajo en equipo de todos los involucrados; el empresario, proveedor médico/s, trabajador lesionado, y el ajustador de reclamos. Es la responsabilidad del ajustador de reclamos el garantizar que los esfuerzos de todos se coordinen de una manera eficiente y efectiva.

El personal de reclamos del Seguro Colectivo Empresarial tiene experiencia en la aplicación de nuestro enfoque de equipo a la gestión de reclamos para lograr soluciones costo-efectivas a los reclamos. Nuestras prácticas, principios y creencias han sido adoptadas por los empleadores asegurados por sí mismo, los fondos de seguro-propio y compañías de seguros.

DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES

El Departamento de Relaciones Industriales de Alabama es el responsable de la administración de la Ley de Compensación al Trabajador de Alabama. Su página web <http://dir.alabama.gov/wc/> es un excelente recurso para los empleadores, empleados y administradores de los reclamos. Proporcionan las formas y carteles, guías e información en general.

El Programa de Defensor del Pueblo es un excelente recurso para responder a preguntas de los trabajadores sobre indemnización. A menudo, un trabajador lesionado está buscando la afirmación independiente de lo que un empleador y / o una ajustador le ha dicho acerca de la compensación de trabajadores. A veces simplemente contratan a un abogado porque no entienden la compensación del trabajador. Un empresario, un trabajador lesionado, y / o ajustador de reclamos pueden llamar al número gratuito 1-800-528-5166 del Defensor del Pueblo para verificar que su reclamo está siendo manejado de acuerdo a la Ley de Compensación al Trabajador de Alabama.

CUÁNDO PRESENTAR UN RECLAMO Y POR QUÉ PRESENTARLO

I. El empleador tiene la obligación de presentar el reclamo por compensación de un trabajador inmediatamente después de que éste le da AVISO de haber sufrido la supuesta lesión en el trabajo. (Así lo exige la Ley de Compensación al Trabajador de Alabama.)

II. El derecho jurisprudencial de Alabama dispone que se deba notificar a ALACOMP dentro del plazo de 90 días contados a partir de la supuesta lesión. El artículo N° 11 del Acuerdo de Participación de ALACOMP dice que usted ha acordado informar a la entidad de servicio todo accidente, siniestro o enfermedad que dé lugar al reclamo por compensación por parte de un trabajador dentro del tiempo prescrito por la ley, y en la manera y usándose los formularios prescritos por el Fondo o la organización de servicios. El incumplimiento del Acuerdo de Participación podría tener un efecto adverso para usted con respecto a la cobertura de la Póliza de Compensación al Trabajador de ALACOMP.

III. ¿Qué ocurre si un empleado le da el debido AVISO de una lesión sufrida en el trabajo, **pero** a usted no le parece que la misma corresponde a la compensación por lesión en el trabajo? Consulte el **Artículo I** arriba mencionado (primero párrafo de esta página) y presente el reclamo. Además, indique/identifique en una hoja de membrete la razón por la cual usted cree que no se trata de compensación al trabajador y no se olvide de poner la fecha y su firma.

IV. ¿Qué sucede si un tercero con culpa le da garantías de que cubrirá el reclamo? ¿Tengo que presentar un reclamo de compensación al trabajador? **SÍ.** (Consulte los **Artículos I y II** más arriba.)

V. ¿Qué sucede si recibe un AVISO después de 90 días siguientes a la supuesta lesión en el trabajo? ¿Tengo que presentar el reclamo por compensación al trabajador? **SÍ.**

VI. ¿Qué sucede si recibe una carta de representación de un abogado que representa a un empleado, el cual alega una lesión amparada por la ley de compensación por lesión en el trabajo, y éste es su primer AVISO? ¿Hace falta que el empleador presente un reclamo por compensación al trabajador? **SÍ.**

VII. ¿Qué sucede si recibe un Citatorio y Queja con interrogatorios relacionados con un Cargo de Compensación al Trabajador? **Envíenoslo inmediatamente.** Los abogados de ALACOMP le defenderán y contestarán los interrogatorios.

REPORTE DE RECLAMOS

I. Complete PRIMER INFORME DEL EMPLEADOR SOBRE LESION O ENFERMEDAD OCUPACIONAL (Formulario WC 2). Envíe por correo o fax el formulario WC 2, junto con cualquier otra documentación relacionada (ej: informes internos/supervisores de investigación de accidentes, expedientes médicos de facturación, DPS informes de accidentes, etc) a:

AlaCOMP / Business Insurance Group
Departamento de Reclamos
PO Box 230517
Montgomery, AL 36123-0517
Fax: (334) 215-8480
e-mail: claimsfirstreport@alacompins.com

II. Refiera al empleado lesionado a donde un médico tratante autorizado. Es la elección del empleador (Ver Protocolo Médico en esta guía).

III. Ayudar al ajustador de reclamos asignado con la investigación y tramitación del siniestro (Identificar sus preocupaciones sobre un reclamo dudoso).

IV. Proporcionar trabajo ligero/modificado siempre que sea posible incluso si se dispone de tiempo parcial, y / o usted no puede pagar al trabajador lesionado su salario habitual. En estos casos, vamos a pagar por incapacidad parcial temporal.

V. Inmediatamente envíe originales o copias de toda la correspondencia, incluyendo pero no limitado a las facturas médicas y registros, a:

AlaCOMP / Business Insurance Group
Atencion Departamento de Reclamos
P.O. Box 230517
Montgomery, AL 36123-0517
Fax: (334) 215-8480

VI. Manténgase en contacto y haga un seguimiento de su reclamo con el ajustador de reclamos, manteniéndose al corriente sobre los temas de volver a trabajar, el tratamiento médico y cualquier otra información relevante y pertinente es esencial para la gestión costo efectiva del reclamo.

CONTENCION DE COSTOS MEDICOS

El derecho más importante que un empleador tiene dentro de la ley de Compensación al Trabajador de Alabama es el derecho a elegir el proveedor médico (s). Sin embargo, la mayoría de los empresarios no hacen uso de este derecho. Animamos a todos los empresarios a implementar un protocolo médico.

Un protocolo médico establecido es la medida mas costo-efectiva en la gestión de reclamos. (a.) Se evita que un empleado vaya a su médico de familia y se evita que un médico autorizado refiera a un especialista que no está aprobado por usted, el empleador. (b) Se autoriza a la sala de emergencia que proporcione al empleado únicamente el medicamento suficiente hasta para el siguiente día hábil. (c.) Se autoriza a las salas de emergencia para que refieran únicamente al médico tratante autorizado por su Compañía. (d) Se elimina prácticamente, múltiples visitas a Emergencia con el único propósito de buscar tratamiento y medicación no autorizado.

Le animamos a establecer un programa de protocolo médico si usted no tiene ya uno. Para ayudarle, le recomendamos utilizar el protocolo médico sugerido:

1. **PROTOCOLO MÉDICO PARA LESIONES DE COMPENSACION AL TRABAJADOR.** (Esta forma estandariza su programa. Está coordinado entre usted, el empleador y su médico de atención primaria autorizado. Se trata de una guía de referencia para su Coordinador de Recursos Humanos y / o WC. Este formulario debe ser incorporado en el manual del empleado de la Compañía.)
2. **PROTOCOLO DE EMERGENCIA PARA LESIONES DE COMPENSACION AL TRABAJADOR.** (Este formulario está coordinado entre usted, el empleador y la sala de emergencias local.)
3. **CARTA A TODOS LOS EMPLEADOS SOBRE LA IMPLEMENTACION DE SU PROTOCOLO MÉDICO PARA COMPENSACIONES AL TRABAJADOR.** (Puede enviarlo una vez por correo masivo o incluir en los sobres de pago de los empleados.)

El protocolo médico sugerido se ofrece simplemente como una guía. Por favor, siéntase libre de modificarlo en cualquier forma para acomodar las necesidades de su empresa. Es un esfuerzo extra coordinar con sus proveedores médicos para organizar y establecer su protocolo médico. Sin embargo, una vez aplicado, pagará dividendos en la contención médica y la rentabilidad.

(NOMBRE DE LA COMPANIA)
PROTOCOLO MEDICO PARA LESIONES DE COMPENSACION AL TRABAJADOR

I. CONTACTE A PERSONAL

A. (Nombre de la empresa). El número de teléfono es (XXX) XXX-XXXX. La persona de contacto es XXXXXX XXXXXXXX.

B. AlaCOMP / Business Insurance Group - PO Box 230517, Montgomery, Alabama, 36123-0517.
Teléfono (334) 215-8234. FAX: (334) 215-8480.

II. TRATAMIENTO MÉDICO INICIAL

A. El médico tratante inicial es **** Nombre y dirección del médico ****. El número de teléfono es **** Teléfono del Médico ****.

III. REFERIDO MÁS ALLÁ DEL MÉDICO TRATANTE INICIAL

A. Todas las lesiones de la espalda o la columna, Ej., cualquier nuevo esguinces o cualquier otra condición médica que podría estar relacionado con la columna lumbar, torácica o cervical, que debe ser referido a un especialista, debe ser referido por el médico tratante inicial a **** Nombre y dirección del médico ****. El número de teléfono es **** Teléfono del médico****.

Si **** Nombre del médico**** determina que es necesario un neurocirujano, el se referirá a **** Nombre del médico****.

B. Cualquier lesión relacionada con las articulaciones o ligamentos que debe ser referida a un especialista, debe ser Referida por el médico tratante inicial **** Nombre y dirección del médico ****. El número de teléfono es **** Teléfono del médico****.

IV. SALA DE EMERGENCIA

A. Todas las lesiones que no sean de emergencia que ocurran en los fines de semana o en la noche deben ir a la ****Sala de Emergencia****. El número de teléfono es ****Teléfono de la Emergencia****.

B. ****Sala de Emergencia**** Sala de Emergencia es la sala de emergencia designada para todos los casos cuando el empleado debe ir a la sala de emergencia en lugar de al médico inicial designado.

C. **** Sala de Emergencia**** El personal de la sala de emergencia está autorizado a tratar las emergencias relacionados con los casos mencionados anteriormente, sin embargo, en caso de que mayor tratamiento sea necesario, el médico de la sala de

emergencia deberá referir nuevamente al empleado a su médico tratante designado que es ****Nombre del médico****.

D. Referencia de la Sala de Emergencia – (casos que no son de emergencia) y en ningún caso el médico de la sala de emergencia deberá autorizar al empleado a ir a su médico de familia para seguir tratamiento de ser necesario o donde cualquier otro médico, excepto en el caso de emergencia.

E. ****Sala de Emergencia**** tiene la autoridad para recetar medicamentos suficientes para durar hasta el próximo día hábil. Luego de eso, los médicos de la sala de emergencias deben dar instrucciones al empleado para ir de nuevo al médico tratante designado (****Nombre del médico****) para cualquier prescripción futura. La intención es tener toda la gestión de la prescripción a cargo de un solo médico.

V. LA TERAPIA FISICA

A. Toda la terapia física se llevará a cabo en la oficina de **** Nombre del Terapeuta Físico y Dirección****.

VI. PRESCRIPCIONES DE NARCOTICOS

A. El médico tratante autorizado deberá prescribir medicamentos genéricos en la prescripción cuando disponible.

VII. TOMOGRAFIA COMPUTARIZADA Y RESONANCIA MAGNETICA

A. Todas las tomografías computadas y resonancia magnética, imágenes de diagnóstico, se llevarán a cabo en una oficina especificadas por el médico tratante inicial, en casos de no emergencia.

VIII. PRE-CERTIFICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS

A. Para pre-cert, por favor llame al (334) 215-8234.

B. La siguiente lista de servicios requiere pre-certificación:

1. Todos los servicios de terapia física ambulatoria, terapia ocupacional y terapia del lenguaje, después de la evaluación inicial por parte del terapeuta y la aprobación por el médico remitente, momento en el que un plan de tratamiento completo que con todos los componentes necesarios sería claramente especificado. En algunos casos, el médico remitente puede especificar un plan detallado de tratamiento, de inicio, que luego puede ser considerado para la pre-certificación.

2. Todos los servicios quiroprácticos después de la visita de evaluación inicial, momento en el que un plan de tratamiento total con todos los elementos necesarios sea claramente especificado.

3. Servicios de atención ambulatoria que se listan a continuación:

a. Imagen de Resonancia Magnética en el segundo estudio

b. CAT Scans el segundo estudio

c. Mielogramas, discogramas, servicio de electromiogramas el segundo estudio

4. Las remisiones a los especialistas por el médico tratante inicial (no por el médico de emergencia) con el propósito de que los especialistas asuman completa responsabilidad sobre el manejo del caso.
5. El trabajo de acondicionamiento.

(NOMBRE DE LA COMPANIA)
**PROTOCOLO DE EMERGENCIA PARA INDEMNIZACIÓN DE LESIONES DE
COMPENSACION AL TRABAJADOR**

Este protocolo no se aplica a las lesiones en las que el médico de la sala de emergencia determina que son lesiones que ponen en riesgo la vida o lesiones de trauma físico.

Este protocolo se aplicará a lesiones de compensación al trabajador, habituales, no traumáticas, que no ponen en riesgo la vida.

AlaCOMP / Business Group Insurance al P.O. Box 230517, Montgomery, Alabama, 36123-0517.
El número de teléfono es (334) 215-8234. FAX (334) 215-8480.

A. Todas las lesiones que no son de emergencia que ocurren en los fines de semana o en la noche debe ir a la sala de emergencia **** Sala de Emergencia**** sala de emergencias.

B. **** Sala de Emergencia **** es la sala de emergencia designada para todos los casos donde el empleado debe ir a la sala de emergencia en lugar del médico tratante designado.

A. **** Sala de Emergencia **** el personal de Sala de Emergencia está autorizado para tratar las emergencias que se refieran a los casos mencionados anteriormente, sin embargo, en caso de que se requiera tratamiento más extenso, el médico de la sala de emergencia referirá nuevamente al empleado al médico tratante asignado que es **** Nombre del médico.****

B. Referencia de la Sala de Emergencias – (casos de no emergencia) En ningún caso el médico de la sala de emergencia deberá autorizar al empleado a ir a su médico de familia en caso de ser necesario mayor tratamiento o a ningún otro médico, excepto en el caso de una emergencia.

C. **** Sala de Emergencia **** la sala de emergencia tiene la autoridad para emitir la receta para medicamentos suficiente para que duren hasta el siguiente día hábil. Luego, el médico de la sala de emergencia debe instruir a el empleado para que vuelva al médico tratante designado (****Nombre del médico****) para recetas futuras. La intención es tener toda la gestión de la prescripción a cargo de un solo médico.

(NOMBRE DE LA EMPRESA)
MEMORANDUM

PARA: (Empleado)

DE: Departamento de Recursos Humanos

FECHA: 1 de agosto 2006

RE: Compensación al Trabajador Protocolo Médico

Estimado empleado:

El siguiente es el protocolo médico establecido para compensación al trabajador por lesiones que se produzcan durante el turno del día y de la noche o los fines de semana que no pongan en riesgo la vida o que no incluyan graves lesiones corporales.

Notificación Obligatoria

A. Usted debe reportar todos los incidentes de lesiones a su supervisor inmediatamente.

Incidentes de Compensación al trabajador durante el día

A. Si se lesiona durante un turno de día, tiene que reportar a **** Médico Nombre y Dirección.**** El número de teléfono es **** Médico Teléfono Número.****

Incidentes de Compensación al trabajador durante la noche

A. Si se lesiona durante el turno de noche, es decir, cuando ****Nombre del médico**** oficina está cerrada, tiene que reportarse a **** Sala de emergencia**** sala de emergencias.

Necesidades urgentes

A. Si necesita ver al médico aprobado, en los fines de semana y la oficina del médico autorizado está cerrado o si necesita atención en un día laborable y la oficina del médico autorizado está cerrado, la sala de emergencia autorizada es **** Sala de emergencia**** la sala de emergencias.

El no reportar a los proveedores médicos indicados arriba, puede poner en peligro sus beneficios de compensación al trabajador.

EL PROGRAMA DE RECETAS DE ALACOMP

Nosotros ofrecemos un espectro completo de servicios de farmacia para nuestros Trabajadores Lesionados usando 2 cadenas para mejor servirle a usted y a sus empleados.

Las cadenas incluyen: Sistemas Internacionales Médicos y de Salud Carlisle (Carlisle Medical and Health Systems International HSI). Los usamos intercambiamente a según la localidad de el trabajador lesionado. Conveniencia de uso es una consideración. Las dos cadenas incluyen farmacias con cadenas nacionales y muchas farmacias pequeñas independientes.

Cuando una lesión ocurre, un empleado debe notificar a su supervisor inmediatamente y deberá ser mandado a el Doctor de Tratamiento del Empleador/Cuidado Urgente/Sala de Emergencia.

No podemos autorizar cualquier cosa sobre una Reclamación sin el Primer Reporte de Lesión

El Primer Reporte de Lesión puede ser enviado por fax al (334) 215-8480 o por correo electrónico a: claimsfirstreport@alacompins.com. Otra vez, tenemos que tener el Primer Reporte de Lesión WCC2 antes que podamos autorizar las necesidades de farmacia en la reclamación.

Una vez que el Doctor de Tratamiento haiga evaluado el Trabajador Lesionado y le recete medicinas para tratar la condición medica, el Trabajador Lesionado puede llevar la receta a la farmacia de su preferencia por un suministro inicial de la medicina solo esta vez. Normalmente esto es un suministro de 14 días.

La farmacia nos llamara al (334) 215-8234 a al (888) 661-7119 para obtener autorización de el Ajustador de Reclamaciones.

En este momento el ajustador de reclamaciones designa el requisito de farmacia para el Trabajador Lesionado ya sea al Programa Carlisle Medical ReStat o al Programa de Tarjeta de Recetas de Farmacia para cualquier necesidad de medicamento a futuro para la lesión. El proveedor contactara al Trabajador Lesionado para obtener cualquier información adicional para servir a la reclamación para propósitos de farmacia.

Si el trabajador lesionado llega a la Farmacia antes que el Primer Reporte de Lesión sea recibido por AlaCOMP/Business Insurance Group, el Ajustador de Reclamaciones le llamara al empleador para obtener el Primer Reporte, y aprobara el suministro de medicamento solo esta vez requerido para la condición otorgada.

Todos los requisitos de farmacia son a dirección del Doctor de Tratamiento autorizado o el Doctor de Referencia autorizado.

Si un trabajador lesionado elije pagar por los medicamentos por la primera visita, (y algunos lo asen) serán reembolsados por esto al someter una copia de la receta pagada con fecha de la farmacia a AlaCOMP/Business Insurance Group a: P.O. Box 230517 Montgomery, AL 36123

Cualquier pregunta adicional de farmacia deberá ser dirigida al Supervisor de Reclamaciones, Evelyn Thomas o al Gerente de Reclamaciones al (334) 215-7119.

Nuestra Política de drogas del Empleador

- La sección 25-5-51 del Código de Alabama declara que no se deben otorgar los beneficios de Compensación al Trabajador por una lesión o muerte causada “por un accidente debido a que el empleado lesionado estaba intoxicado por el uso de alcohol o estaba incapacitado por el uso de drogas ilegales”.
- **Esta Compañía requiere que usted se someta a una prueba de drogas de acuerdo con las normas adoptadas para pruebas de drogas por el Departamento de Transportes de Estados Unidos en 49 C.F.R. Parte 40, inmediatamente después de haber sufrido un accidente relacionado con el trabajo o tan pronto como sea médicamente posible después del accidente.**
- La sección 25-5-51 del Código de Alabama, además indica que no se deben otorgar beneficios de Compensación al Trabajador si el empleado se niega a someterse a una de las pruebas o a cooperar con las pruebas de sangre o de orina en los términos indicados anteriormente, después de un accidente relacionado con el trabajo, después de que un trabajador ha sido advertido por escrito de que por esa negación perderá el derecho del empleado para recuperar los beneficios de Compensación al Trabajador.

Que hacer con esta Política de Drogas

- Con esta Política de Drogas, entregue una copia a cada empleado.
- Solicite que firmen la recepción de la copia
- Colóquelo en el archivo personal
- **Necesitan saber, que no habrá “compensación” si la prueba sale positiva y fue la causa de la lesión**

AYUDENOS A AYUDARLE

- Ayude al ajustador de reclamos con la investigación inicial. Cuanta más información facilite el ajustador con el inicio de la demanda mayor es la probabilidad de éxito.
 - Informe del reclamo en forma oportuna.
 - Avise al ajustador sobre cualquier testigo y la disponibilidad de trabajo ligero/modificado al momento de reportar un reclamo.
 - Avise al ajustador sobre cualquier pregunta o preocupación que usted pueda tener acerca de la lesión reportada; no conocemos a sus empleados tan bien como usted.
- Responda con rapidez a las solicitudes de información y / o asistencia.
- Ayude a coordinar el momento para regresar al trabajo proporcionando asignación de trabajos ligeros o modificados.
- Avísenos inmediatamente sobre el retorno al trabajo de un trabajador lesionado.
- Envíe sin demora toda la correspondencia y consultas, incluyendo pero no limitado a gastos médicos y registros. Envíe por correo o fax a:

AlaCOMP / Business Insurance Group
Departamento de Reclamos
PO Box 230517
Montgomery, AL 36123-0517
Fax: (334) 215-8480

- A menos que el trabajador lesionado este representado por un abogado, este en contacto con ellos llamándolos o viéndolos en persona. Mantenga un registro de sus contactos y si se desarrolla un patrón de no poder comunicarse con ellos, avise al ajustador.
 - Avísanos de cualquier rumor de las actividades del trabajador lesionado que no sea compatibles con la lesión o incapacidad que esta siendo reclamada.
 - **HAGANOS PREGUNTAS SOBRE SUS TRABAJADORES LESIONADOS.**

FRAUDE

No todos los reclamos fraudulentos son las lesiones o enfermedades que no se presentan desde y mientras estaban en el curso y el ejercicio de sus funciones. Algunos reclamos fraudulentos involucran lesiones o enfermedades con principios legítimos. Alabama Código Penal 13-11-124 define al fraude de la compensación al trabajador como:

"Cualquier persona que haga o cause que se produzca cualquier falsa o fraudulenta declaración o representación material con el fin de obtener indemnización como se define en la Sección 25-5-1 (1), modificado, por sí mismo o cualquier otra persona es culpable de un delito de Clase C".

AlaCOMP / Business Insurance Group, LLC toma muy en serio el fraude y se ha comprometido a la identificación e investigación de reclamos fraudulentos. La identificación de reclamo fraudulento comienza cuando el reclamo es reportado y no termina hasta que se cierre. Investigadores privados se utilizan como parte de este proceso en curso, sin embargo son muy costosos ya menudo es una cuestión de estar en el lugar correcto en el momento correcto. El empleador suele ser la mejor fuente de información, ya que tanto ellos como Los compañeros de trabajo suelen vivir en la misma comunidad que el trabajador lesionado. Por lo tanto le sugerimos los empleadores que nos mantenga informados sobre actividades que se conozcan o se rumoreen de los empleados lesionados que sean peculiares dada la naturaleza y extensión de la lesión reclamada(s); no consistente con reclamos subjetivos; trabajando en otro lugar, no poder contactarle; no quiere regresar a trabajar, o cualquier otra actividad que no parezca apropiada dado su reclamo. Una vez dicho esto, es de lo más común el caso de que los rumores son sólo eso, rumores y sin mérito.

En el caso de que exista fraude, el asunto es referido a un consejero legal para revisión y se determinara si se necesita o no investigación adicional y si la remisión al Estado de Alabama para su propia investigación y posible procesamiento es adecuado. Fraude de la Compensación al Trabajador es un delito mayor clase C y se castiga con multa de hasta \$ 5.000 y / o prisión de uno a diez años. Para los empleadores o los empleados que son reacios a denunciar sospecha de fraude, hay una línea de teléfono para Fraude, donde se puede reportar sospecha de reclamos fraudulentos (1-334-242-7345 o 1-800-923-2533).

También recomendamos carteles para informar y advertir a los empleados sobre el fraude de la Compensación al Trabajador que se coloquen en el lugar de trabajo. Un cartel, suministrado por el Estado de Alabama, Departamento de Relaciones Laborales, es uno de los anuncios recomendados y es gratis.; simplemente llame al Departamento (1-334-242-2868 o 1-800-5628-5166) o visite su página web www.dir.alabama.gov/docs/.

EL USO DE ESTA FORMA ES REQUERIDO BAJO LAS PROVISIONES DE LA LEY DE
COMPENSACION AL TRABAJADOR DE ALABAMA.

WCC Form 2

Rev. 9/2006

STATE OF ALABAMA

PRIMER REPORTE DEL EMPLEADOR DE ENFERMEDAD O LESION OCUPACIONAL

Defensor del Pueblo 1-800-528-5166

REFERENCIA DE RECLAMO

1. Número de Reporte del Asegurado
2. Número de Reclamo de la Oficina que Tramita
3. Número de Caso del Registro de OSHA

EMPLEADOR

1. Nombre Corporativo del Empleador
2. Dirección Física 1
3. Dirección Física 2
4. Ciudad
5. Estado
6. Código Postal

DIRECCION SI ES DIFERENTE DE LA CORPORATIVA

10. Dirección de envío de correspondencia 1
11. Dirección de envío de correspondencia 2 o Número de Teléfono
12. Ciudad
13. Estado
14. Código Postal
15. Número de Identificación Federal
16. Número de Cuenta de Compensación de Desempleo
17. NAICS

ASEGURADO/ OFICINA DE TRAMITE

18. Nombre del Asegurador AlaCOMP
19. Números de Identificación Federal del Asegurador 63-1061602
20. Tipo de Asegurador Compañía Aseguradora Ins Co #
 Auto-asegurado SI #
 Grupo / Fondo GF # -19
21. Nombre de la Oficina de Trámites Business Insurance Group LLC.
Compañía de Servicio #59214
22. Dirección de envío de correspondencia 1 P.O.Box 230517
23. Dirección de envío de correspondencia 2 o Número de Teléfono 334-215-8234
24. Ciudad Montgomery
25. Estado AL
26. Código Postal 36123
27. Número de Identificación Federal / Oficina de Trámite 33-1024937

EMPLEADO / SUELDO

28. Nombre
29. Segundo nombre
30. Apellido
31. Sufijo
32. Número de identificación del empleado
33. Tipo de Número de identificación
Seguro social _____ Número de Pasaporte _____ Green Card _____
Visa de Empleo _____ Asignado por Jurisdicción _____
34. Dirección de envío de correspondencia 1
35. Dirección de envío de correspondencia 2
36. Ciudad
37. Estado
38. Código Postal
39. Teléfono
40. Sexo Masculino _____ Femenino _____
41. Fecha de nacimiento
42. Número de dependientes
43. Estado civil No-casado (soltero o divorciado o viudo) _____
Casado _____
Separado _____
No sabe _____
44. Fecha de contrato
45. Ocupación, descripción
46. Número de días trabajados por semana
47. Sueldo \$
48. Hora _____ Día _____ Semanal _____ Quincenal _____ Mensual _____
49. Recibió paga completa por el día de su lesión? Si _____ No _____
50. Siguió recibiendo su salario? Si _____ No _____

TRATAMIENTO / LESION

51. Fecha de la lesión
52. Hora de la lesión am _____ pm _____ no sabe _____
53. Hora en que el empleado empezó a trabajar am _____ pm _____
54. Fecha que empezó la discapacidad
55. Fecha de fallecimiento

LUGAR DEL ACCIDENTE, LESION O EXPOSICION

56. Dirección del lugar
57. Ciudad
58. Estado
59. Código Postal
60. Condado
61. Ocurrió la lesión en las instalaciones del Empleador? Si _____ No _____
62. Fecha que el Empleador fue notificado

63. DESCRIBA LO QUE ESTABA HACIENDO EL EMPLEADO JUSTO ANTES DEL INCIDENTE Y COMO OCURRIO LA LESION. (Ej. Mientras subía por una escalera llevando materiales para poner techo, la escalera se resbalo en el piso mojado y ocasionó que el trabajador caiga 20 pies.)

PROPORCIONE CODIGOS DESCRIPTIVOS para identificar Naturaleza de la Lesión, Parte del Cuerpo que fue afectada, y Causa de la Lesión. (PARA LA LISTA COMPLETA DE CODIGOS, IR A [HTTP://DIR.ALABAMA.GOV/WC](http://dir.alabama.gov/wc))

- 64. Código de Naturaleza de la Lesión
 - 65. Código de Parte del Cuerpo
 - 66. Código de Causa de la Lesión
 - 67. Tratamiento inicial
 - A. No tratamiento médico ____
 - B. Hospital / Clínica menor ____
 - C. Hospitalizado > 24 horas ____
 - D. Hospitalizado una noche ____
 - E. Primeros auxilios por el Empleador ____
 - F. Sala de Emergencia ____
 - G. Atención médica mayor/ tiempo perdido _____
 - 68. Nombre de la Institución que da el tratamiento
 - 69. Dirección
 - 70. Ciudad
 - 71. Estado
 - 72. Código Postal
 - 73. Nombre del Doctor u otro Profesional de Cuidado de Salud
 - 74. Ha regresado a trabajar el lesionado Si_____ No _____
- Si contesto que si,
- 75. Fecha
 - 76. Hora am_____ pm_____

OTRO

- 77. Fecha de preparación
- 78. Nombre de la persona que preparó
- 79. Apellido
- 80. Título
- 81. Teléfono de la persona que preparó

NATURALEZA DE LA LESION

01. No hay lesiones físicas
 02. Amputación
 03. Angina de pecho
 04. Quemazón
 05. Los líquidos calientes o vapor
 06. El polvo, gases, humos o vapores
 07. Conmoción cerebral
 10. Contusión
 13. Aplastante
 16. Dislocación
 19. Descarga eléctrica
 22. Enucleación
 25. **Cuerpo extraño**
 28. Fractura
 30. Congelación
 31. Pérdida o daño de la audición
 32. Postración por calor
 34. Hernia
 36. Infección
 37. Inflamación
 40. Laceración
 41. Infarto de Miocardio
 42. Envenenamiento - General
 43. Punción
 46. Ruptura
 47. Ruptura
 49. Esguince o al desgarro
 52. Distensión muscular o desgarro
 53. Síncope
 54. Asfixia
 55. Vascular
 58. Pérdida de la visión
 59. Todas las otras lesiones específicas, NOC
 60. Enfermedad de polvo, NOC
 61. Asbestosis
 62. Pulmón Negro
 63. Bisinosis
 64. Silicosis
 65. Trastornos Respiratorios
 66. Envenenamiento - Química, (aparte de metales)
 67. Envenenamiento - Metal
 68. Dermatitis
 69. Trastorno mental
 70. Radiación
 71. Todos los demás enfermedades Laborales, NOC
 72. Pérdida de audición
 73. Enfermedades Contagiosas
 74. Cáncer
 75. SIDA
 76. VDT - Enfermedades relacionadas
 77. Estrés mental
 78. Síndrome del túnel carpiano
 79. La hepatitis C
 80. Otras lesiones acumulativas, NOC
 90. Múltiples lesiones físicas solamente
91. Múltiples lesiones tanto físicas y psicológicas

PARTE DEL CUERPO

10. Múltiples lesión en la cabeza
11. Cráneo
12. Cerebro
13. Oreja (s)
14. Ojo (s)
15. Nariz
16. Dientes
17. Boca
18. Tejidos Blandos
19. Huesos Faciales
20. Múltiples lesiones en el cuello
21. Vértebras
22. Disco
23. Médula Espinal
24. Laringe
25. Tejidos Blandos
26. Tráquea
30. Múltiples extremidades superiores
31. Parte superior del brazo
32. Codo
33. Antebrazo
34. Muñeca
35. Mano
36. Dedo (s)
38. Hombro (s)
39. Muñeca (s) y mano (s)
40. Tronco múltiple
41. Zona superior de la espalda
42. Zona inferior de la espalda
43. Disco
44. Pecho
45. Sacro y coxis
46. Pelvis
47. Médula Espinal
48. Órganos Internos
49. Corazón
50. Múltiples las extremidades inferiores
51. Cadera
52. Superior de la pierna
53. Rodilla
54. Parte baja de la pierna
55. Tobillo
56. Pie
57. Dedos del pie
58. Dedo gordo del pie
60. Pulmones
61. Abdomen, incluyendo la ingle
62. Nalgas
63. Vértebras lumbar y/o sacra
64. Aparato artificial
64. Silicosis
65. Información insuficiente para identificar correctamente
66. No hay lesiones físicas
90. Varias Partes del cuerpo
91. Sistemas del cuerpo y cuerpo múltiple
99. Cuerpo entero

CAUSA DE LA LESION

01. Químicos
02. Objetos o sustancias calientes
03. Temperaturas extremas
04. Fuego o flama
05. Líquidos o vapor caliente
06. Polvo, gases, humos o vapores
07. Operación de soldadura
08. Radiación
09. Contacto con el NOC.
10. Máquina o maquinaria
11. Objetos o sustancias frías
12. Objeto manejado
13. Atrapado en, debajo o entre, NOC.
14. Presión de aire anormal
15. Cristales rotos
16. Herramientas de mano, utensilio, no eléctrico
17. Objeto siendo levantado o manejado
18. Herramientas de mano eléctrica, aparato
19. Atrapados, punción, raspadura, NOC.
20. Caída de los Materiales (deslizamiento de la Tierra) ya sea provocado por el hombre o naturales
25. De distinto nivel (elevación) de la pared, pasarela, puente, etc
26. Desde la escalera o andamio
27. Por líquido o grasa derramada
28. Aberturas hacia pozos, excavaciones, aberturas en el piso, Etc.
29. En el mismo nivel
30. Resbalo, no se cayo
31. Caída, resbalón o un tropezón, NOC.
32. En hielo o nieve
33. En escaleras
40. Choque de auto con agua
41. Choque de vehículos ferroviarios
45. Colisión o choque de refilón con otro vehículo
46. Colisión con un objeto fijo, vehículo estacionado o un objeto estacionario
47. Choque de avión
48. Vehículo volcado o doblado
50. Vehículo de Motor, NOC.
52. Ruido continuo
53. Torcer
54. Saltar
55. Sosteniendo o transportando
56. Levantando
56. Levantamiento
57. Empujando o tirando
58. Alcanzando
59. Usando herramientas o maquinaria
60. Distensión muscular o lesiones por, NOC.
61. Empuñando o lanzando
65. Parte móvil de una máquina
66. Objeto siendo levantado o manejado
67. Lijado, raspado, operación de limpieza
68. Objeto estacionario
69. Pisar objeto punzante
70. Golpear contra o pisar, NOC.
74. Compañero de trabajo; paciente
75. Objeto que cae o vuela
76. Herramientas de mano o máquina en uso
77. Vehículo a motor
78. Piezas móviles de una máquina
79. Objeto siendo elevado o manejado
80. Objeto manejado por otros

- 81. Golpeado o lesionado, NOC.
- 82. Absorción, ingestión o inhalación, NOC
- 84. Corriente eléctrica
- 85. Animal o insecto
- 86. Explosión o llamarada
- 87. Sustancias extrañas (objeto) en el ojo (s)
- 88. Desastres Naturales
- 89. Persona en el acto de un crimen
- 90. Causa de la lesión que no sea física
- 91. Moho
- 94. Callos por movimientos repetitivos, ampolla, etc.
- 95. Fricción o abrasión, NOC.
- 96. Terrorismo
- 97. Síndrome del túnel carpiano por movimiento repetitivo
- 98. Acumulativo, NOC
- 99. Otros - Miscellaneous, NO

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR EL PRIMER REPORTE DE LESION WC

El empleador debe enviar una forma clara y completa al seguro, o si es auto asegurado, a su oficina designada para manejar sus reclamos de Compensación al Trabajador. La aseguradora u oficina designada deberá reenviar este Primer Reporte a la División de Compensación al Trabajador, Departamento de Relaciones Industriales, Montgomery, Alabama 36131 dentro de quince (15) días de la fecha de la lesión o fecha de la notificación al empleador de todas las lesiones por cual se hizo el reclamo o fue pagada la compensación. Esto incluye, muertes, discapacidad permanente o discapacidad temporal que exceda tres (3) días.

- Bloque 1. Numero asignado por la aseguradora para identificar un reclamo específico.
- Bloque 2. Un identificador para un reclamo específico dentro de un sistema de procesamiento de reclamos del administrador de reclamos.
- Bloque 3. Numero de caso, del registro mantenido por OSHA
- Bloque 4. - Bloque 14. Se explica por si mismo
- Bloque 15. Numero de Identificación Federal del Empleador
- Bloque 16. Numero de cuenta de Desempleo del Empleador
- Bloque 17. NAICS Códigos de Industria http://dir.alabama.gov/docs/forms/wc_naics.pdf
- Bloque 18. Nombre del Portador
- Bloque 19. FEIN del Portador
- Bloque 20. Un código representando el tipo de entidad proporcionando responsabilidad financiera para el reclamo, exp: (1) Portador del Seguro (S) Auto asegurado (G) Garantía Fondo/Grupo
- Bloque 21. al Bloque 63. Se explica por si mismo
- Bloque 64. Códigos de Naturaleza de la Lesión http://dir.alabama.gov/docs/forms/wcio_nature_table.pdf
- Bloque 65. Códigos de las Partes del Cuerpo http://dir.alabama.gov/docs/forms/wcio_part_table.pdf
- Bloque 66. Código de la Causa de la Lesión http://dir.alabama.gov/docs/forms/wcio_cause_table.pdf
- Bloque 67. al
- Bloque 81. Se explica por si mismo

DECLARACION DE SALARIOS

EMPLEADO _____ EMPLEADOR _____

FECHA DE LESION _____ NUMERO DE RECLAMACION _____

Por favor complete este cuadro para demostrar las semanas trabajadas y los salarios **en bruto** ganados por este empleado por las cincuenta y dos semanas (52) **anteriores a la fecha de lesión** de acuerdo con la Ley de Alabama de Compensación al Empleado 25-5-57(b). Si el empleado no trabajo las semanas suficientes para completar este cuadro, use los salarios de un colega de la misma clase y quien se haiga ocupado en el mismo tipo de trabajo por el periodo de tiempo declarado arriba.

	Semana Terminando			Días Trabajados	Nomina De Sueldos En Bruto		Semana Terminando			Días Trabajados	Nomina De Sueldos En Bruto	
	Mes	Día	Año				Mes	Día	Año			
1						27						
2						28						
3						29						
4						30						
5						31						
6						32						
7						33						
8						34						
9						35						
10						36						
11						37						
12						38						
13						39						
14						40						
15						41						
16						42						
17						43						
18						44						
19						45						
20						46						
21						47						
22						48						
23						49						
24						50						
25						51						
26						52						
				Total	\$					Total	\$	
											Total Anual	\$

Este reporte fue preparado por _____ Fecha _____
 (Por favor complete **información de beneficios adicionales en la pagina dos.**)

INFORMACION DE BENEFICIOS ADICIONALES

EMPLEADO _____ EMPLEADOR _____

FECHA DE LA LESION _____ NUMERO DE RECLAMO _____

1. Por favor indique si cualquiera de los siguientes beneficios son provistos para este empleado. Si su respuesta es Si, enliste el costo (cantidad pagada por usted, el empleador) por cada uno de los beneficios provistos a nombre de este empleado.

Seguro de Salud	\$ _____
Seguro de Vida	\$ _____
Seguro de discapacidad	\$ _____

2. Provee usted todavía los beneficios? Si o No.

3. Si su respuesta es No, en que fecha discontinuó los beneficios? _____

Verificado por _____ Fecha _____

NOTA: Si usted decide discontinuar los beneficios adicionales en una fecha anterior a la resolución/cierre de este reclamo de Compensación al Trabajador, notifique inmediatamente al Business Insurance Group, LLC.

EMBARGO POR MANUTENCION DE MENORES / TASA

Ha recibido usted, el empleador, alguna notificación / orden para retener ingreso por manutención de menores? SI o NO

Si respondió que si, proporcione una copia de la orden.

DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES DE ALABAMA, PROGRAMA DE INSERCION LABORAL

Es este empleado un participante del Programa de Inserción laboral? SI o NO

Si contesto que si, proporcione el número de identificación de prisionero del Departamento de Correccionales de Alabama del empleado: _____

Nombre (institución), dirección, y número de teléfono del Programa de Inserción Laboral:

REGISTRO DE MILLAS

Nombre:

DIRECCION:

Fecha de Lesión o Número de Reclamación:

FECHA	DESTINO	TOTAL DE MILLAS

Por aprobación de este formulario, el firmante da fe que el/ella ha recibido, comprende y da conocimiento a la declaración siguiente: cualquier persona que, sabiendo, y con la intención de causar daño, defraudar o engañar a cualquier empleador o empleado, empresa aseguradora o programa de auto-asegurado, presente una declaración de reclamación conteniendo cualquier información falsa o engañosa comete fraude de aseguradora, con castigo estipulado por la ley.

FIRMA

FECHA

ENVIAR A: Business Insurance Group, LLC, P.O. Box 230517, Montgomery, AL 36123

**ESTADO DE ALABAMA
INFORMACION DE LA COMPENSACION AL TRABAJADOR**

**SI USTED SE HA LESIONADO EN EL TRABAJO, O
CONTRAIDO UNA ENFERMEDAD POR SU OCUPACION,
NOTIFIQUE A SU EMPLEADOR INMEDIATAMENTE.**

**SU EMPLEADOR LE INDICARA
A QUE DOCTOR DEBE VER PARA RECIBIR
TRATAMIENTO MEDICO AUTORIZADO**

AlaCOMP
PO.Box 230517
PORTADOR DEL SEGURO DE COMPENSACION AL TRABAJADOR Montgomery, AL 36123-0517

NUMERO DE TELEFONO 1-888-661-7119

DISPONIBLE ASISTENCIA BAJO LA LEY DE COMPENSACION AL TRABAJADOR DE ALABAMA, INCLUYENDO
SERVICIO DE MEDIACION. PARA INFORMACION LLAME:

1-800-528-5166
Departamento de Relaciones Industriales
Division de Compensacion al Trabajador
649 Monroe Street
Montgomery, AL 36131

CODIGO DE ALABAMA, 1975. 25-5-290(d), REQUIERE QUE ESTE AVISO SE COLOQUE EN UNO O MAS
LUGARES VISIBLES EN SU NEGOCIO. Form WCC#1 9/96