

The logo for CAS (Claims Administrative Services) features the letters 'CAS' in a bold, white, sans-serif font. The letters are set against a dark red, rounded rectangular background. This background is part of a larger graphic element consisting of overlapping blue and red geometric shapes that create a sense of motion and depth in the top-left corner of the page.

**CAS**

A photograph of a man with dark hair and a beard, wearing a dark blue button-down shirt. He is shown from the chest up, leaning slightly forward with his eyes closed and a pained expression. His right hand is pressed against his left shoulder, indicating a recent injury or chronic pain. The background is a plain, light-colored wall.

# **Paquete de indemnización laboral por lesiones nuevas**

Claims Administrative Services, Inc.

[WWW.CAS-SERVICES.COM](http://WWW.CAS-SERVICES.COM)

# COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES: NUEVO PAQUETE DE LESIONES

<b>NOMBRE DEL FORMULARIO</b>	<b>NÚMERO DE PÁGINAS</b>
LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR	<b>1</b>
INFORME DE LESIÓN DE EMPLEADO	<b>2</b>
AUTORIZACIÓN PARA HIPAA	<b>1</b>
AVISO DE DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL TRABAJADOR LESIONADO	<b>3</b>
FARMACIA: FORMULARIO DE TARJETA DE PRIMER LLENADO	<b>1</b>
PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE LA TARJETA DE FARMACIA	<b>1</b>
LISTA DE VERIFICACIÓN DEL TRABAJADOR LESIONADO	<b>1</b>
DESCARGO DE RESPONSABILIDAD	<b>1</b>

<b>INFORMACIÓN SOBRE RECLAMOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES</b>	
<b>NOMBRE TPA</b>	Claims Administrative Services (CAS)
<b>DIRECCIÓN DE ENVÍO</b>	501 Shelley Drive, Tyler TX 75701
<b>DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO</b>	<a href="mailto:ClaimsMail@cas-services.com">ClaimsMail@cas-services.com</a>
<b>NÚMERO GRATUITO</b>	1-800-765-2412
<b>NÚMERO DE FAX</b>	903-509-1888
<b>SITIO WEB</b>	<a href="http://www.cas-services.com">www.cas-services.com</a>

# LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

**Cuando ocurre una lesión por primera vez, es importante para todo los empleadores tengan instrucciones precisas de como llenar las formas, procesar la documentación y que proporcionar a los empleados lesionados. Use ésta guía para ayudar al distrito a completar ésta tarea referente al empleado lesionado. Marque cada opción y al completarla, firme al final de ésta forma. Guarde ésta información para sus archivos.**

## **FORMAS PARA LLENAR POR EL EMPLEADO LESIONADO:**

Informe de Lesión para el Empleado

Autorización de HIPAA

(Para acelerar el proceso de reclamos, mande éstas formas por correo electrónico a:  
[ClaimsMail@cas-services.com](mailto:ClaimsMail@cas-services.com))

## **DAR UN EMPLEADO LESIONADO:**

Aviso de derechos y responsabilidades del trabajador lesionado

Farmacia: Formulario de tarjeta de primer llenado

Preguntas y respuestas sobre la tarjeta de farmacia

Lista de verificación del trabajador lesionado

## **NUEVO PAQUETE DE RECLAMACIÓN FORMULADA POR:**

<b>NOMBRE</b>	
<b>FIRMA</b>	
<b>FETCHA</b>	

# INFORME DE LESIÓN DE EMPLEADO

**El empleado lesionado debe llenar detalladamente y por completo éste formulario y firmarlo.**

## INFORMACIÓN DE EMPLEADOS

Nombre completo		
Empleador		Lugar del accidente
No. de seguro social (últimos 4 dígitos) XXXX-XX-	Fecha de nacimiento	Departamento en el que labora
Domicilio (Calle, Ciudad, Estado, Condado, C.P.)		Nombre de supervisor
Teléfono donde se le puede localizar		Puesto de trabajo cuando ocurrió la lesión
Fecha de contratación	Antigüedad en puesto actual _____ Años _____ Meses	

## DETALLES DE LA LESIÓN

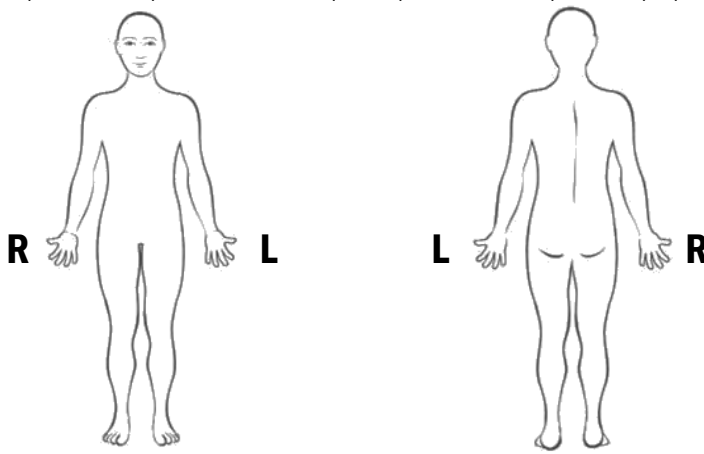
Fecha de la lesión	Hora de la lesión AM / PM	Fecha de inicio de la incapacidad
¿En qué parte de su trabajo ocurrió la lesión?		
Describa detalladamente cómo ocurrió su lesión.		
¿Qué equipo de seguridad usaba cuando ocurrió el incidente?		
¿Qué se puede hacer para evitar este tipo de lesión en el futuro?		
¿Cuándo identificó la lesión por primera vez?		

¿Cuándo informó por primera vez de la lesión a su supervisor?

¿Qué parte de su cuerpo se lesionó?

Describa la lesión.

En el diagrama a continuación, por favor marque con un círculo la parte o partes de su cuerpo en las que presenta dolor por esta lesión.



¿Alguien presencié el incidente? Escriba los nombres de los testigos.

¿Alguien más resultó lesionado en este incidente? Escriba los nombres de cualquier otro lesionado.

En el incidente que ocasionó su lesión, ¿hubo daños a la propiedad o a los equipos? Describa los daños.

- ✓ **Declaro que la información aquí presentada es correcta y verdadera.**
- ✓ **Comprendo que la falsificación de información con respecto a una lesión laboral puede castigarse con alguna medida disciplinaria o demanda judicial de acuerdo con las Leyes Penales Estatales.**
- ✓ **Por medio del presente formulario, autorizo que los registros médicos relacionados con el incidente aquí descrito sean compartidos con mi empleador, su agente o compañía de seguros.**

Nombre Completo Del Empleado	Firma Del Empleado	Fecha
------------------------------	--------------------	-------

- ✓ **I certify that the above employee has acknowledged to me that he/she understood all questions and signed and dated this form in my presence this date.**

Nombre Completo Del Testigo	Firma Del Testigo	Fecha
-----------------------------	-------------------	-------

Nombre Completo Del Supervisor	Firma Del Supervisor	Fecha
--------------------------------	----------------------	-------

# AUTORIZACIÓN DE HIPAA

## Revelación de Información de Salud Protegida (PHI)

Yo, \_\_\_\_\_, (Nombre) \_\_\_\_\_, (Fecha de Nacimiento) \_\_\_\_\_, (No. Seguro Social) autorizo la revelación de mi información de salud protegida\* como aquí se describe. Entiendo que ésta autorización es voluntaria y se hace de acuerdo a mi dirección. Entiendo que las persona(s) u organización(es) que yo autorizo para recibir mi información de salud protegida no están sujetos a las leyes federal y estatal de la información de privacidad\*\*, la revelación posterior de esas persona(s) u organización(es) no puede ser protegida por tal ley.

- Autorizo a las persona(s) y/u organización(es) a revelar mi información de salud protegida (como se abajo se especifica):
  - + **Todos los proveedores de cuidado de salud que me han proporcionado atención médica**
- Autorizo a las siguientes persona(s) y/u organización(es) a recibir mi información de salud protegida según lo establecido por las persona(s) y/u organización(es) mencionadas arriba.
  - + **Claims Administrative Services, Inc.**  
P.O. Box 7500, Tyler, Texas 75711
  - + **Texas Department of Insurance – Division of Workers' Compensation**  
7551 Metro Center Drive, Suite 100, Austin, Texas 78744-1609
  - + **Otros:** \_\_\_\_\_
- Descripción específica de información de salud protegida que yo autorizo su revelación:
  - + **Uno o todos los registros relacionados con mi salud, incluyendo historial médico, consultas, exámenes médicos, recetas de medicamentos, diagnósticos, pruebas médicas, reportes or tratamientos médicos.**
  - + **Aún más autorizo específicamente la revelación de notas de psicoterapias, si las hay.**
- El propósito de requerir ésta información es para el uso de la compañía de seguros para evaluar, ajustar, describir o reportar asuntos acerca mi salud a las personas con derecho a recibir ésta información.
- Entiendo que puedo revocar ésta autorización por escrito en cualquier tiempo, excepto cuando las persona(as) y/u organización(es) arriba mencionadas hayan ya tomado acción relacionada con ésta autorización.
- Entiendo que el tratamiento y pago por mi tratamiento no están condicionados a mi acuerdo de ésta autorización.
- Entiendo que la revelación de información de salud protegida a una institución sin cobertura, tiende invalidar su protección.
- Entiendo que mi consentimiento expreso para revelar cualquier información de salud requiere, lo relacionado con mi salud, pruebas médicas, diagnósticos y/o tratamiento para VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico, mental o adicción a las drogas y/o alcoholismo. Si he sido examinado, diagnosticado o tratado para VIH (virus del SIDA), enfermedades de transmisión sexual, trastorno psiquiátrico, mental o adicción a drogas o alcoholismo, usted debe especialmente autorizar la revelación de esta información relacionada con tales diagnósticos, pruebas o tratamiento médico.
- Ésta autorización expira en un año a partir de la fecha de dicha autorización, o en la fecha que mi reclamo de compensación para trabajadores es finalmente cerrado, o cualquiera que ocurra primero.

**He tenido la oportunidad de leer y considerar el contenido de esta autorización. Doy fe que ésta autorización es verdad y lo que aquí se asienta es correcta de mi intención de permitir el revelado de mi PHI como se describe en ésta autorización.**

Firma	Fecha	
<b>Nombre</b>		
<b>Dirección</b>		
Teléfono	<b>No. Seguro Social</b> <b>XXX-XX-</b>	Fecha de Nacimiento

\*Información de salud protegida ("PHI") es información de salud creada or recibida por un proveedor de cuidado de salud, plan de salud, o un centro de salud que se relaciona con 1) el pasado, presente o futuro estado de salud físico o mental del individuo; 2) proveer atención médica al individuo; o 3) los pagos pasados, presentes o futuros por la atención médica al individuo. Para estar protegido, la información debe estar en cierta forma que identifique al individuo o proporcionar bases razonables para que la información pueda indenficar al individuo. 45 C.F.R. 164.508\*\*Éstas leyes se aplican a planes de salud, proveedores de cuidado de salud y a centros de salud.



### **Aviso sobre los Derechos y Responsabilidades para los Empleados Lesionados en el Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas**

En Texas, usted como empleado lesionado tiene derecho a recibir ayuda gratuita por parte de la Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel -OIEC, por su nombre y siglas en inglés). Esta ayuda se ofrece en las oficinas locales en todo el estado. Las oficinas locales también proporcionan otros servicios del sistema de compensación para trabajadores por parte del Departamento de Seguros de Texas (Texas Department of Insurance -TDI, por su nombre y siglas en inglés). TDI, es la agencia estatal que regula y administra el sistema de compensación para trabajadores mediante la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation –DWC, por su nombre y siglas en inglés).

Many Muchos de los servicios que son proporcionados por parte de OIEC y de DWC pueden ser llevados a cabo por teléfono. Usted puede comunicarse con OIEC llamando al teléfono gratuito 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432). Visite el sitio Web de OIEC en [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov), para obtener información adicional, incluyendo la ubicación de las oficinas. Usted puede comunicarse con DWC llamando al teléfono gratuito 1-800-252-7031. La información de DWC se encuentra disponible en la página de Internet: [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov).

#### **Sus Derechos Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

**1. Usted tiene derecho a contratar a un abogado para asistirle con su reclamación de compensación para trabajadores.**

Para obtener asistencia para encontrar a un abogado, llame al servicio de recomendación de abogados de la Barra de Abogados del Estado de Texas (State Bar of Texas, por su nombre en inglés) al 1-877-983-9227 o visite [www.texasbar.com](http://www.texasbar.com). La información sobre la recomendación de abogados también puede encontrarse en la página de Internet de OIEC en [www.oiec.texas.gov](http://www.oiec.texas.gov).

**2. Usted tiene derecho a recibir asistencia por parte de OIEC si no cuenta con un abogado.**

OIEC Customer Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC, así como los Ombudsman están disponibles para responder a sus preguntas y proporcionarle asistencia con su reclamación de compensación para trabajadores ya sea llamando a OIEC o visitando una de las oficinas de OIEC. **Usted debe firmar una autorización por escrito antes que un empleado de OIEC pueda tener acceso a la información sobre su reclamación.** Llame o visite una oficina de OIEC para completar la autorización por escrito. Los Representantes de Servicio al Cliente de OIEC y los Ombudsman han sido entrenados en el campo de compensación para trabajadores y pueden ayudarle a programar un procedimiento de resolución de disputas, relacionado con su reclamación de compensación para trabajadores. Un ombudsman también puede asistirle en una Conferencia para Revisión de Beneficios (Benefit Review Conference BRC, por su nombre y siglas en inglés), en una Audiencia para Disputar Beneficios (Contested Case Hearing –CCH, por su nombre y siglas en inglés), y en una apelación. Sin embargo, un Ombudsman no puede tomar decisiones por usted, ni dar opiniones por usted o proporcionar asesoramiento legal.

**3. Con ciertas excepciones, usted tiene derecho a recibir beneficios médicos y beneficios de ingresos sin importar quién tuvo la culpa de su lesión. Sus beneficiarios podían tener derecho a recibir beneficios por causa de muerte y beneficios de gastos para el entierro.**

La información sobre las excepciones puede encontrarse en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) o consultando al personal de OIEC.

**4. Usted puede tener derecho a recibir atención médica para atender su lesión o enfermedad que sucedió en el área de trabajo, durante todo el tiempo que sea médicamente necesario y relacionado con la lesión que sucedió en el área de trabajo.**

Usted puede tener derecho a recibir un reembolso por los gastos incurridos después de viajar para asistir a una cita médica o a un examen médico requerido (required medical examination, por su nombre en inglés), si el viaje cumple con las condiciones de calificación.

**5. Usted puede tener derecho a recibir beneficios de ingresos por su lesión relacionada con el trabajo.**

Existen varios tipos de beneficios de ingresos, así como requisitos de elegibilidad. La información sobre los tipos de beneficios de ingresos que pueden estar disponibles, y los requisitos de elegibilidad pueden ser encontrados en [www.tdi.texas.gov](http://www.tdi.texas.gov) o consultando al personal de OIEC.

**6. Usted puede tener derecho a una resolución de disputas con respecto a sus beneficios de ingresos y beneficios médicos.**

Usted puede solicitar una Resolución de Disputas Médicas (Medical Dispute Resolution, por su nombre en inglés) si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios médicos. Usted puede solicitar una Resolución de Disputas por Indemnización (Ingresos) (Indemnity (Income) Dispute Resolution, por su nombre en inglés), si está en desacuerdo con la aseguradora sobre los beneficios de ingresos. La ley establece que sus procedimientos de resolución de disputas sean llevados a cabo dentro de 75 millas del domicilio suyo.

**7. Usted tiene derecho a escoger a su médico de tratamiento.**

Si usted pertenece a una red de servicios médicos de compensación para trabajadores (Workers' Compensation Health Care Network), (red), debe escoger a su médico de la lista de médicos de tratamiento de la red. Usted puede cambiar a su médico de tratamiento una sola vez sin la necesidad de obtener la aprobación de la red. Si no pertenece a una red, usted puede inicialmente escoger a cualquier médico que esté dispuesto a atender su lesión de compensación para trabajadores; sin embargo, si usted no pertenece a una red, el cambio de su médico de tratamiento debe ser pre-aprobado por DWC. Si es empleado de una subdivisión política, tal como la ciudad, el condado, o el distrito escolar, usted deberá seguir los reglamentos de dicha subdivisión política para escoger a un médico de tratamiento. Es importante seguir todos los reglamentos en el sistema de compensación para trabajadores. Si usted no sigue estos reglamentos, podría ser considerado responsable por el pago de las facturas médicas. El personal de OIEC puede ayudarle a entender estos reglamentos.

**8. Usted tiene derecho a que la información sobre su reclamación de compensación para trabajadores se mantenga confidencial.**

En la mayoría de los casos, el contenido del expediente de su reclamación no puede ser obtenido por otras personas. Algunos participantes tienen derecho a conocer el contenido del expediente de su reclamación, tal como su empleador o la aseguradora de su empleador. También, un empleador que esté considerando contratarle a usted puede obtener información limitada por parte de DWC sobre su reclamación.

## **Sus Responsabilidades Dentro del Sistema de Compensación para Trabajadores de Texas:**

- 1. Usted tiene la responsabilidad de informar a su empleador si se ha lesionado en el trabajo mientras desempeñaba sus deberes de trabajo. Usted debe informar a su empleador dentro de 30 días a partir de la fecha en que sucedió su lesión o del día en que usted se dio cuenta que su lesión o enfermedad podría estar relacionada con su trabajo.**
- 2. Usted tiene la responsabilidad de saber si pertenece a una Red de Servicios Médicos de Compensación para Trabajadores (red) (Workers' Compensation Health Care Network -network).**  
Si no sabe si pertenece a una red de servicios médicos, pregúntele al empleador para el cual usted trabajaba al momento en que ocurrió su lesión. Si pertenece a una red, es su responsabilidad seguir los reglamentos de dicha red. Si usted encuentra algo que no entiende, pregunte a su empleador o llame a OIEC. Si desea presentar una queja sobre una red, llame a la Línea de Ayuda al Consumidor de TDI (TDI's Consumer Help Line, por su nombre en inglés) al 1-800-252-3439 o presente su queja en línea en [www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc](http://www.tdi.texas.gov/consumer/complfrm.html#wc).
- 3. Si usted trabajó para una subdivisión política (p. ej. la ciudad, el condado o el distrito escolar) al momento en que sucedió su lesión, es su responsabilidad averiguar cómo recibir tratamiento médico.**  
Su empleador debe poder proporcionar la información que usted necesita para determinar cuáles son los proveedores de servicios médicos que pueden atender su lesión relacionada con el trabajo.
- 4. Usted tiene la responsabilidad de informar a su médico cómo es que usted se lesionó y determinar si la lesión está relacionada con el trabajo.**
- 5. Usted tiene la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-041, Reclamo del Empleado para Compensación por una Lesión Relacionada con el Trabajo o Enfermedad Ocupacional.**  
Usted cuenta con un año para enviar el formulario después de haberse lesionado o después de haberse enterado que su enfermedad podría estar relacionada con su trabajo. Complete y envíe el Formulario DWC-041 aun si ya está recibiendo beneficios. Usted puede perder su derecho a recibir beneficios si no envía a tiempo el formulario completo a DWC. Para obtener una copia del Formulario DWC-041 comuníquese con DWC o con OIEC.
- 6. Usted tiene la responsabilidad de proporcionar su dirección actual, número de teléfono e información sobre su empleador a DWC y a la aseguradora. Usted puede comunicarse con DWC al 1-800-252-7031.**
- 7. Usted tiene la responsabilidad de informarle a DWC y a la aseguradora cada vez que haya un cambio en el estado de su empleo o su salario.**  
(Algunos ejemplos de cambios incluyen: si deja de trabajar a causa de su lesión; si usted regresa a trabajar; o si recibe una oferta de trabajo).
- 8. Los beneficiarios que son elegibles o las personas que buscan obtener beneficios por causa de muerte o beneficios de gastos para el entierro, tienen la responsabilidad de completar y enviar a DWC el Formulario DWC-042, Reclamación del Beneficiario para Obtener Beneficios por Causa de Muerte dentro de un año, a partir de la fecha en que el empleado falleció.**
- 9. Usted tiene prohibido hacer reclamaciones o demandas injustificadas o fraudulentas.**

### **To the Injured Worker:**

On your first visit, please give this form to any pharmacy listed on the back side to speed processing of your approved work-related injury prescriptions (based on the guidelines established by your employer).

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the MyMatrixx Patient Care Contact Center at 800.945.5951.

#### **Atencion Trabajador Lesionado:**

En su primera visita, entregue este formulario a cualquier farmacia que se encuentre en el reverso del boleto para acelerar el procesamiento de sus recetas aprobadas para lesiones relacionadas con el trabajo (según las reglas establecidas por su empleador).

¿Tiene preguntas o necesita ayuda para localizar una farmacia participante? Llame al centro de contacto para pacientes de MyMatrixx al 800.945.5951.

**ID#:** \_\_\_\_\_

Your SSN is your temporary ID.

**RxBIN#:** 003858

**PCN:** WC

**RxGroup #:** PAWA

**Date of Injury:** \_\_\_\_\_  
MM/DD/YYYY

**For Workers' Compensation Only**

### **Employee Information**

Full Name

Street Address or PO Box

City

State

ZIP

Date of Birth

Employer Name



### **To the Pharmacist:**

MyMatrixx administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard first fill shall not exceed a 7-day supply or a cost of \$500. This form is valid for up to 30 days from date of injury (DOI). Limitations may vary.

For assistance, please call MyMatrixx at 888.786.9640.

#### **Processing Steps:**

1. Enter RxBin 003858
2. Enter PCN WC
3. Enter Rx Group Number PAWA
4. Enter 9-digit member ID (Patient SSN)
5. Enter Date of Injury

Visit [www.MyMatrixx.com](http://www.MyMatrixx.com) to locate a participating pharmacy near you!

AHF PHARMACY  
AHOLD CORPORATION  
ALBERTSONS  
ALIGNRX LLC  
AMERITA INC  
AURORA PHARMACY INC  
BIG Y FOODS INC  
BI-LO HOLDINGS LLC  
BROOKS/MAXI DRUG  
BROOKSHIRE BROTHERS LTD  
BROOKSHIRE GROCERY CO  
CARDINAL HEALTH  
CHEN NEIGHBORHOOD MEDICAL CENT  
COBORN'S INC.  
COSTCO WHOLESALE, INC  
CVS CORP  
DEDICATED US HOLDINGS LLC  
DISCOUNT DRUG MART  
ECKERD  
EPIC PHARMACY NETWORK  
ESSENTIA HEALTH  
EXPRESS RX  
FAIRVIEW PHARMACY SVCS  
FAMILY FARE, LLC

FOOD LION PHARMACY  
FRUTH PHARMACY  
GENOA HEALTHCARE LLC  
GIANT EAGLE PHARMACY  
GUARDIAN PHARMACY LLC  
HAC INC  
HANNAFORD BROS. CO.  
HARPS FOOD STORES INC  
HARTIG DRUG  
HEALTH MART ATLAS LLC  
H-E-B LP  
HENRY FORD HEALTH SYSTEM  
HOMETOWN PHARMACY INC  
HY-VEE FOOD STORES INC  
INGLES MARKETS  
INSTYMEDS CORP  
KPH HEALTHCARE SERVICES  
KS PHARM LLC  
K-VA-T FOOD STORES INC  
LEWIS DRUGS INC  
LONGS DRUG STORE  
MARC GLASSMAN INC  
MEDICAP PHARMACY, INC.  
MEDICINE SHOPPE  
MEIJER PHARMACY  
MERCY PHARMACY SERVICES

NCS HEALTHCARE  
NEIGHBORCARE PHARMACY  
OSBORN DRUGS INC  
PATIENT FIRST  
PHARMEDQUEST PHARMACY  
PHARMERICA, INC  
PMR US HOLDINGS  
PRESBYTERIAN MEDICAL  
PRESCRIBEIT RX  
PRICE CHOPPER PHARMACY  
PUBLIX SUPER MARKETS, INC  
RALEY'S  
RECEPT PHARMACY LP  
RITE AID CORPORATION  
SAFEWAY, INC.  
SAM'S CLUB  
SUPERVALU PHARMACIES, INC.  
TARGET  
THRIFTY WHITE STORES  
TOPS MARKETS LLC  
UNITED SUPERMARKETS INC  
WALGREENS  
WAL-MART  
WEGMANS FOOD MARKETS,  
WEIS MARKETS INC

Visit [www.MyMatrixx.com](http://www.MyMatrixx.com) to locate a participating pharmacy near you!

## **Que es ésta tarjeta?**

Ésta tarjeta es para su necesidad de recetas médica. Favor lleve ésta tarjeta a la farmacia donde le surten sus medicinas relacionadas con la lesión que sufrió en su tragajo.

## **Porqué recibí ésta tarjeta?**

La recibió debido a su lesión que ocurrió en su trabajo.

## **Que tal si no estoy tomando ningún medicamento por mi lesión?**

Favor guarde su tarjeta en un lugar seguro en caso de que empiece a tomar medicamento por su lesión.

## **Cuando debo usar ésta tarjeta?**

En cualquier momento que necesite surtir una receta médica para su lesión ocurrida en su trabajo.

## **Son todos los medicamentos previamente aprobados?**

Su aseguradora habrá previamente seleccionado los medicamentos que pasen sin alguna autorización. Si usted lleva su receta médica a la farmacia y ésta la rechaza por alguna razón, la farmacia nos debe llamar para que nosotros, a su misma vez, llamar a su aseguradora para su aprobación. Si usted desea saber que clase de medicinas son previamente aprobadas antes de ir a la farmacia, llamenos al 877-804-4900, y un representante le atenderá con gusto.

## **Puede un miembro de mi familia usar mi tarjeta?**

No, ésta tarjeta es únicamente para su lesión que sufrió en el trabajo.

## **Que debo hacer si hay un problema cuando lleve la tarjeta a la farmacia?**

Su farmacia debe llamarnos con cualquier problema con su tarjeta. Si por ALGUNA razón no nos llaman, o si usted tiene preguntas relacionadas con sus medicinas, favor llamar a la oficina de servicio al cliente al 877-804-4900.

## **Es usted la aseguradora de compensación para trabajadores?**

No, somos contratados por su aseguradora de compensación para trabajadores para manejar todas sus necesidades de medicamentos relacionadas con su lesión que ocurrió en el trabajo.

## **Que pasa si mis medicinas no me alivian de los síntomas o dolor?**

Usted debe llamar a su doctor or farmacia para verificar si su medicamento recetado para el dolor es el más apropiado para su condición.

## **Debo decirle a my doctor acerca de otro medicamento que tomo que no es relacionado con mi lesion laboral?**

Si. Es muy importante que su doctor y la farmacéutico sepan de todos los medicamentos que usted está tomando. Muchas medicinas pueden contrarrestar el efecto de algunas medicinas y pueden ser dañinas para su salud y aún fatales si se toman juntas.

## **Puedo hablar con alguno de sus farmacéutico si tengo alguna pregunta?**

Si, nuestros farmacéuticos están disponibles para contestar cualquier pregunta acerca de sus medicinas.

**Para cualquier pregunta, llame a myMatrixx al: 877-804-4900**

# LISTA DE VERIFICACIÓN DEL EMPLEADO LESIONADO

La información siguiente la ayudará a recuperarse de su lastimada, volver a sus actividades normales de trabajo, y regresar a trabajar lo más pronto posible.

## PARA SU DOCTOR:

- Número del reclamo de Compensación para el Trabajador
- Número de reclamo de la División de Compensación para el Trabajador
- Nombre del Empleador y Número de Teléfono
- Información con Respecto a su Trabajo y Otras Oportunidades de Trabajo
- Nombre del Ajustador de la Aseguradora y Número de Teléfono

## ASEGURESE DE:

- ✓ Asista a todas sus citas con su médico.
- ✓ Siga las instrucciones de su doctor cuidadosamente.
- ✓ Hable con su doctor par aver si puede continuar trabajando, o si tiene algunas restricciones de trabajo.
- ✓ Comparta una copia de su descripción del trabajo para ayudarle a su doctor entender sus demandas de trabajo.
- ✓ Hable con su doctor para asegurarse que entienda completamente lo que usted puede o no puede hacer mientras se esta recuperando.
- ✓ Cumpla con las restricciones médicas establecidas por su doctor en la casa y en el trabajo.

## USTED Y SU EMPLEADOR:

- ✓ Asegurese que usted recibió y repasó sus “**AVISO SOBRE LOS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA LOS EMPLEADOS LESIONADOS**”.
- ✓ Siga todas las políticas y requisitos del empleador asociados con su lesión de compensación para el trabajador.
- ✓ Asegurese de mantener informado a su empleador y al día de su recuperación y capacidades actuales.
- ✓ Hable con su empleador sobre el trabajo que podría continuar en hacer durante el period de su recuperación.
- ✓ Notifique a su empleador inmediatamente si cambia el estado de su trabajo.

## VOLVER AL TRABAJO:

- ✓ Comuníquese con su empleador para que pueda regresar a un trabajo productivo tan pronto sea posible medicamente.
- ✓ Llame a su ajustador en cuanto su estado de trabajo cambie para asegurarse que sus pagos se realizen apropiadamente.
- ✓ Ayude a su empleador a determinar que trabajo adicional puede hacer usted como mejore su condición.
- ✓ Si no hay trabajo inmediatamente disponible de acuerdo a sus restricciones, siga revisando con su empleador. Conforme usted se recupere, la situación puede cambiar.
- ✓ Asegurese en informarle a su empleador sobre cualquier preocupación o problemas que pueda tener relacionados con su salud y asignaciones de trabajo.

**Si sigue trabajando durante su recuperación, su alivio progresará más rápido y sera más efectivo que si no hiciera nada de trabajo por un largo periodo. También tendrá una mentalidad más productiva que, de echo, le ayudará a acelerar su recuperación.**



**Claims Administrative Services, Inc.**

*“Nuestra reputación de excelencia no es un accidente.”*

501 Shelley Drive, Tyler, TX 75701

**800.765.2412**

**[www.cas-services.com](http://www.cas-services.com)**

**Descargo de Responsabilidad:** *La información y los datos contenidos en estos materiales han sido preparados por Claims Administrative Services para propósitos de información general. Aunque se ha hecho todo lo posible para proporcionar información precisa y completa, la información contenida en estos materiales han sido preparados de buena fe y con el debido cuidado, y ninguna representación o garantía (expresa o implícita) está hecho en cuanto a la exactitud, veracidad o fiabilidad de ninguna de las declaraciones, estimaciones, opiniones, planes, diagramas o cualquier otra información contenida en estos materiales.*

*En la medida máxima permitida por la ley, Claims Administrative Services se exime de toda responsabilidad (incluyendo, sin limitación, cualquier responsabilidad derivada de la falta o negligencia) por cualquier pérdida, daño, costo o gasto directo o indirecto que pueda sufrir a través del uso o la dependencia en cualquier dato incluido u omitido en la información contenida en estos materiales.*