

PROCEDIMIENTOS DEL INFORME DE RECLAMACIÓN DE INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE O ENFERMEDAD LABORAL

1. En caso de un incidente de un empleado, llene el "Primer informe de incidente" adjunto y envíelo a MBA **dentro de las 24 horas siguientes a la notificación del incidente**. O acceda a los formularios en línea en <https://www.mbahro.com/resources/>
 - Si no lo llena en línea, envíe el Primer informe de incidente completo por fax al Departamento de Gestión de Riesgos al 1.888.894.4622
 - O envíelo por correo electrónico a wcinjuryreport@mbahro.com.
 - Pídale al empleado que firme el "Primer informe de incidente". Si el empleado se rehúsa a firmar, o si no puede firmar, deje constancia en este Primer informe de incidente.
 - Si están disponibles, envíe notas médicas del médico tratante o del hospital.
 2. Firme el formulario de Autorización médica y entréguelo al empleado, junto con un formulario de Cadena de Custodia. O bien, utilice el portal de e-screen para crear un formulario de Cadena de Custodia para el empleado.

El formulario de Autorización Médica garantizará que las facturas médicas se procesen de manera adecuada y *que no se envíen al empleador o empleado.
- Se REQUIERE una prueba de detección de drogas después de TODOS los incidentes informados, ya sea que se necesite tratamiento médico o no.**
3. Envíe al empleado lesionado a un centro médico que estan en la lista de proveedores aprobados, con un formulario de Autorización Médica firmado y un formulario de Cadena de Custodia. Si no se llena en línea, envíe el Primer informe de incidente al Departamento de Gestión de Riesgos de MBA por fax al 1.888.894.4622 o envíelo por correo electrónico a wcinjuryreport@mbahro.com.

*Si es posible, haga un seguimiento con el Departamento de Reclamaciones de MBA en el teléfono 1.888.622.6460.
 4. En el caso de lesiones laborales de EMERGENCIA o GRAVES, llame al 911 para solicitar tratamiento inmediato para el empleado. Asegúrese de entregar a los técnicos médicos de emergencia un formulario de Autorización Médica firmado. Llame al Departamento de Gestión de Riesgos de MBA al 1.888.622.6460 y envíe el Primer informe de incidente completo por fax al 1.888.894.4622 o envíelo por correo electrónico a wcinjuryreport@mbahro.com.
 5. El Primer informe de incident completo se remitirá a la oficina de manejo de reclamaciones de seguro pertinente y MBA guardará una copia del informe en archivo.

Si necesita más ayuda o información, llame al Departamento de Gestión de Riesgos de MBA al:

1.888.622.6460



FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN MÉDICA DEL EMPLEADO

Empleador: Modern Business Associates L/C/F
(Nombre del cliente aquí)

Nombre del empleado: _____

Esta es una autorización para tratamiento médico debido a una lesión laboral que se informa en virtud de la Ley de Indemnización por Accidente o Enfermedad Laboral. Todas las facturas y futuras autorizaciones deben dirigirse a MBA a la dirección indicada más adelante.

*****Se exige una prueba de detección de drogas para todas las lesiones laborales. Envíe por fax los resultados de la prueba de detección de drogas, una copia del formulario de Cadena de custodia, junto con cualquier nota de la oficina al Departamento de Gestión de Riesgos de MBA al 1-888-894-4622 o envíelos por correo electrónico a wcinjuryreport@mbahro.com *****

Firma del gerente: _____ Fecha: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Departamento de Gestión de Riesgos de MBA
9455 Koger Blvd. Suite 200
St. Petersburg, FL 33702
1.888.622.6460
wcinjuryreport@mbahro.com

PRIMER INFORME DE INCIDENTE

Envíe por fax al 888.894.4622 o por correo electrónico a

wcinjuryreport@mbahro.com

1. Fecha del incidente: _____ Hora del incidente: _____ a.m. ____ p.m. ____
2. Fecha de informe del incidente al empleador: ____/____/____
3. Nombre del empleado: _____ SSN: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Calle: _____
Código postal: _____ N.º de teléfono: (____) _____
4. Fecha de contratación: ____/____/____ Fecha de nacimiento: ____/____/____
5. Cargo: _____ código de clase de indem. lab.: _____
6. ¿Regresó a trabajar el empleado? Sí ____ No ____ Mismo día ____ Fecha de regreso _____
7. Nombre del cliente: _____ Número de cliente: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Calle: _____
Código postal: ____ Condado: _____ N.º de teléfono: (____) _____
8. Lugar del incidente, *si es diferente a la dirección del cliente*: _____
Dirección: _____ Ciudad: ____ Calle: ____ Código postal: ____
9. Describa lo que sucedió (sea lo más específico posible): _____

10. ¿Qué estaba haciendo el empleado en el momento del incidente?: _____

11. Describa las lesiones y la(s) parte(s) del cuerpo afectadas (sea específico): _____

12. ¿Recibió el empleado tratamiento médico? Sí ____ No ____
Si respondió sí, señale el centro o médico tratante: _____
Dirección: _____ Ciudad: _____ Calle: _____
Código postal: _____ N.º de teléfono: (____) _____
13. ¿Se envió al empleado a realizarse la prueba de detección de drogas obligatoria?:
Sí ____ No ____
Si respondió no, ¿se rehusó el empleado a la prueba de detección de drogas obligatoria?
Sí ____ No ____

Si respondió sí, ¿firmó el empleado el formulario de negación correspondiente?

Sí____ No____

14. ¿Tiene conocimiento el empleador de alguna afección preexistente que pueda aplicar en este caso?

Sí____ No____

Si respondió sí, señale qué afecciones aplican: _____

15. ¿Existe alguna duda o pregunta en cuanto a la validez de la lesión? Sí____ No____

16. ¿Había presente alguna otra persona o equipo que pudiera haber causado el incidente?

Sí____ No____

Si respondió sí, explique: _____

17. ¿Hubo testigos? Sí____ No____

Indique los nombres y cargos: _____

18. ¿Se requería algún equipo de protección personal? Sí____ No____

Si respondió sí, enumere todo el equipo de protección personal requerido (es decir, calzado antideslizante, guantes resistentes a los cortes, etc.) _____

Si respondió sí, ¿estaba el empleado usando el equipo de protección personal correcto?

Sí____ No____

19. ¿Se impartió capacitación adecuada sobre seguridad al empleado lesionado? Sí____ No____

Si respondió no, explique: _____

Completado por: _____ Fecha: _____

Entiendo que cualquier persona que, con conocimiento de causa y con la intención de dañar, defraudar o engañar a un empleador o empleado, compañía de seguros o programa autoasegurado, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa comete un delito. Declaro que la información anterior es verdadera y correcta.

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Envíe por fax el formulario completo al: 1.888.894.4622 o por correo electrónico a

wcinjuryreport@mbahro.com.

Certificación de negación a someterse a la prueba de detección de drogas posterior a un incidente

Yo, _____, por medio del presente certifico que me he negado someterme a una prueba de detección de drogas posterior al incidente según lo exige mi empleador. Entiendo que negarse a someterse a una prueba de detección de drogas posterior a un incidente puede dar lugar a medidas disciplinarias, que pueden llegar a incluir el despido, y pueden tener como consecuencia la pérdida de los beneficios de indemnización por accidente o enfermedad laboral o indemnización por desempleo.

Empleado

Fecha

Supervisor directo

Fecha

Testigo

Fecha

Cc: Expediente personal

Certificación de negación a tratamiento médico

Yo, _____, por el presente certifico que me he negado a ser evaluado médicamente por un incidente laboral en _____. Entiendo que al firmar este documento, tendré que notificar a mi supervisor cualquier reclamación o tratamiento futuro relacionado con este incidente de inmediato. **Asimismo, entiendo que, a pesar de que no necesito tratamiento médico para esta lesión, igualmente debo someterme a una prueba obligatoria de detección de drogas posterior a un incidente.**

Empleado

Fecha

Supervisor directo

Fecha

Testigo

Fecha

Cc: Expediente personal