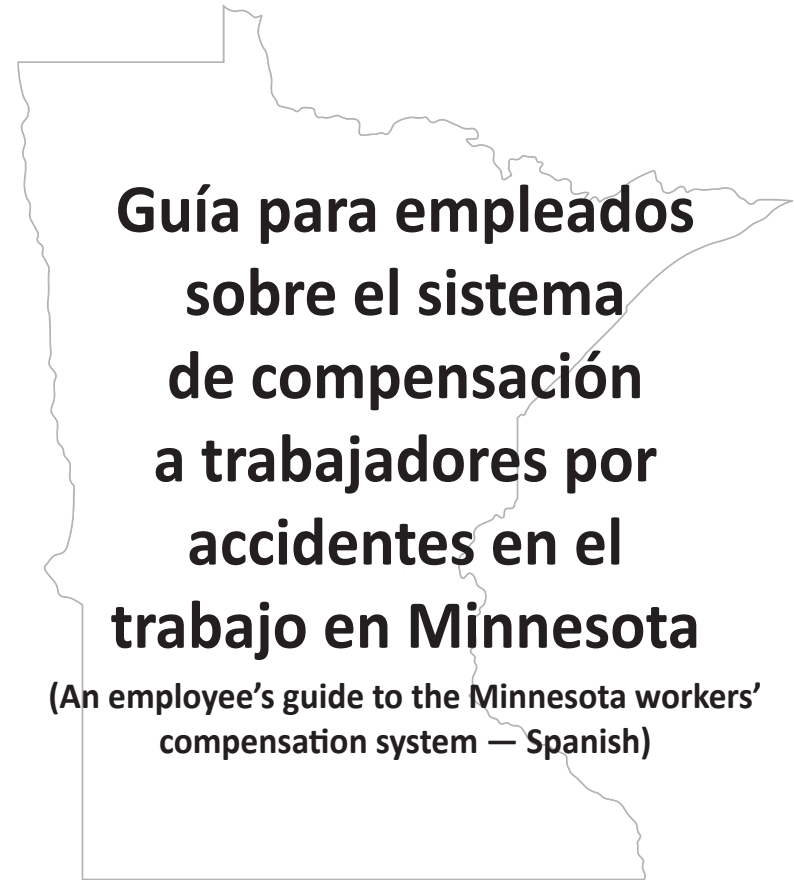


Minnesota Department of Labor and Industry
Workers' Compensation Division
P.O. Box 64221
St. Paul, MN 55164-0221



**Guía para empleados
sobre el sistema
de compensación
a trabajadores por
accidentes en el
trabajo en Minnesota**

**(An employee's guide to the Minnesota workers'
compensation system — Spanish)**

mn DEPARTMENT OF
LABOR AND INDUSTRY

Workers' Compensation Division
P.O. Box 64221, St. Paul, MN 55164-0221
651-284-5005 • 800-342-5354
www.dli.mn.gov/WorkComp.asp

Esta guía explica brevemente cómo se aplican las leyes actuales de Minnesota a las lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo ocurridas el 1 de octubre de 1995 o a partir de esa fecha. *Ésta no es una descripción completa del sistema de compensación a trabajadores.* Favor de consultar la letra de la ley o llamar a la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa (ADR, por sus siglas en inglés) del Departamento de Trabajo e Industria (Department of Labor and Industry [DLI]) para obtener información detallada. Los números telefónicos y las direcciones de la ADR se indican en la última página de este folleto.

Consejos útiles para trabajadores lesionados

- Guarde copias de todos los documentos, cartas, formularios, cheques de beneficios y facturas médicas relacionados con la reclamación, especialmente el formulario titulado Primer Informe de Lesión (First Report of Injury).
- Lleve cuenta del millaje y los gastos de estacionamiento de las visitas médicas, los servicios de rehabilitación vocacional y las visitas relacionadas con la búsqueda de empleo.
- Guarde notas relacionadas con conversaciones telefónicas.
- Apunte su nombre, número de Seguro Social, ó número de identificación del trabajador (WID, por sus siglas en inglés), fecha de la lesión, nombre del empleador y la compañía de seguro en todos los papeles y formularios que envíe a la División de Compensación a Trabajadores (Workers' Compensation Division).
- Mantenga a su empleador informado sobre su recuperación y sus planes de regreso al trabajo.
- Llame a ADR del DLI al 651-284-5032 ó 800-342-5354.

En esta guía

Información importante para su reclamación	2
¿Qué es compensación a trabajadores?.....	3
¿Cómo se pagan los beneficios de compensación a trabajadores?	3
¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?.....	3
¿Qué beneficios de cuidado médico están disponibles?	5
¿Qué es un plan de cuidado administrado certificado?	5
¿Qué son los exámenes médicos independientes?	6
¿Qué beneficios financieros están disponibles?.....	6
Servicios de rehabilitación vocacional.....	9
Problemas con su reclamación.....	12
Protección de la información privada en su expediente.....	13
Fraude.....	14
¿Quién puede responder a mis preguntas?	14

Fraude

Cualquier persona que, con la intención de cometer fraude, reciba beneficios de compensación a trabajadores a los que dicha persona no tenga derecho, haciendo, a sabiendas, representaciones falsas, declaraciones falsas o dejando de revelar algún hecho importante, es culpable de robo y será sentenciada de conformidad con la sección 609.52, subdivisión 3.

Comuníquese con la unidad de Prevención de Fraude del Departamento de Comercio de Minnesota (Minnesota Department of Commerce's Fraud Prevention) sobre cualquier fraude relacionado con la compensación a trabajadores llamando al 888-372-8366.

¿Quién puede responder a mis preguntas?

Su empleador, o la compañía de seguro de su empleador, puede responder a la mayoría de las preguntas relacionadas con su reclamación. Si necesita ayuda adicional, o si cree que no entiende alguna cosa relacionada con el proceso de compensación a trabajadores, llame a la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa de Compensación a Trabajadores de DLI (DLI Workers' Compensation Alternative Dispute Resolution unit) entre las 8 a.m. y las 4:30 p.m., de lunes a viernes. Hay más información relacionada con la compensación a trabajadores en el sitio de Internet del departamento en www.dli.mn.gov/WorkComp.asp.

Área metropolitana de Minneapolis y St. Paul, y área sur de Minnesota

Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota
División de Compensación a Trabajadores
P.O. Box 64221, St. Paul, MN 55164-0221
651-284-5032 o 800-342-5354

Duluth y área norte de Minnesota

Departamento de Trabajo e Industria de Minnesota
División de Compensación a Trabajadores
525 Lake Ave. S., Suite 330, Duluth, MN 55802
218-733-7810 o 800-342-5354

Algunos sindicatos y empleadores, especialmente en la industria de la construcción, tienen procedimientos especiales que deben seguirse al resolver disputas. Comuníquese con su representante sindical para obtener más información.

Protección de la información privada en su expediente

Expedientes de reclamaciones del Estado

Además del personal de la agencia del estado, el contenido de su expediente de compensación a trabajadores puede ser examinado únicamente por: usted (el empleado); su empleador al momento de sufrir la lesión; la aseguradora de su empleador; un agente del empleador o la aseguradora; los dependientes de un empleado fallecido; o cualquier otra persona con permiso por escrito del empleado o los dependientes.

Como protección adicional de su identidad, el Departamento de Trabajo e Industria asigna un número único, compuesto de dos hasta ocho dígitos a todos los reclamos; el número de identificación del trabajador – WID. DLI usa únicamente el número WID en su correspondencia. Usted no tiene que saber su número WID para poder hacer preguntas al DLI sobre su reclamo, pero la agencia desea que usted esté al tanto del uso del número WID.

Si usted se comunica con el DLI acerca de su reclamo de beneficios por lesiones en el trabajo, es posible que le pidan información privada o confidencial para asistirle mejor. Usted puede rehusarse a proporcionar esta información, pero el DLI quizás no pueda ayudarle con su pregunta o problema. Toda información privada o confidencial que usted provea será utilizada por funcionarios de la agencia que esta autorizados para recibir esta información; también puede ser usada para trabajos investigativos y estadísticos del estado. La información puede ser añadida al expediente de la agencia sobre su reclamo; por lo que puede ser compartida también con: toda apersona que tenga acceso a su reclamo o expediente según autorizada o por orden de un tribunal; el empleador y la aseguradora de su reclamo, la Oficina de Audiencias Administrativas, la Corte de Apelaciones para casos de Beneficios de Trabajadores Lesionados; el Departamento de Salud; el Departamento de Rentas e Impuestos (Dept. of Revenue), y la Asociación de Reaseguradores de Reclamos de Trabajadores Lesionados (Workers' Compensation Reinsurance Association).

Los expedientes de compensación a trabajadores cerrados desde 1993 en adelante están disponibles. Llame al 651-284-5200 para obtener información relacionada con la revisión de expedientes o la solicitud de copias. Se cobra un cargo por hacer copias y se requiere pagarlo por adelantado.

Información importante para su reclamación

Use esta página para apuntar nombres y números telefónicos importantes.

Fecha de la lesión _____

Su número de reclamación de seguro _____

Su número de identificación WID* (cuando sea asignado) _____

Nombre de la compañía de seguro _____

Nombre del tasador de reclamaciones _____

Número de teléfono del tasador de reclamaciones _____

Plan de cuidado administrado (si corresponde) _____

Nombre del médico _____

Número de teléfono del médico _____

Nombre del consultor de rehabilitación calificado
(QRC, por sus siglas en inglés) _____

Número de teléfono del QRC _____

Otros nombres y números de teléfono _____

*DLI recomienda que use su número WID cuando se comuniquen con el DLI sobre su caso. DLI evita en lo posible usar su número de Seguro Social para identificar su caso.

¿Qué es compensación a trabajadores?

La ley de Minnesota sobre compensación a trabajadores indica que todos los empleadores tienen que comprar seguro de compensación a los trabajadores o asegurarse por su cuenta. El sistema de compensación a trabajadores provee beneficios si usted se lesiona o se enferma debido a su trabajo. La compensación a trabajadores cubre lesiones o enfermedades causadas o empeoradas por el trabajo o el lugar de trabajo. Los beneficios de compensación a trabajadores se pagan independientemente de cualquier falta del empleador o del empleado. Su empleador paga el costo del seguro.

La compensación a trabajadores paga:

- el cuidado médico relacionado con la lesión, siempre y cuando sea razonable y necesario;
- beneficios por pérdida de sueldo que cubren parte de sus ingresos perdidos;
- beneficios por daños permanentes a una función corporal;
- beneficios a sus dependientes si usted fallece a causa de una lesión en el trabajo;
- servicios de rehabilitación vocacional si usted no puede regresar a su trabajo o al empleador que tenía antes de sufrir la lesión; y
- millaje incurrido al viajar para recibir servicios médicos o incurridos durante ciertas actividades de rehabilitación vocacional.

¿Cómo se pagan los beneficios?

Su empleador o la compañía de seguro de su empleador (si está asegurado por su cuenta) paga los beneficios. La ley estatal establece los niveles de beneficios. Los empleadores deben tener a vista de todos el cartel titulado "Derechos y Responsabilidades de los Empleados" (Employee Rights and Responsibilities), el cual incluye el nombre de la compañía de seguro de compensación a trabajadores del empleador. Si no encuentra el cartel en su lugar de trabajo, o si el nombre de la compañía de seguro no se encuentra en el mismo, pregúntele a su empleador.

El sitio de Internet de DLI tiene una herramienta de búsqueda para verificar la cobertura de seguro de compensación a trabajadores en www.inslookup.doli.state.mn.us. Si no encuentra a un empleador mediante el uso de la herramienta de búsqueda, comuníquese con Verificación de Seguro (Insurance Verification) llamando al 651-284-5170 o por correo electrónico en dli.scf@state.mn.us para pedir la verificación de cobertura de seguro de cualquier empleador del estado.

¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?

- No espere. Informe a su supervisor sobre la lesión tan pronto como sea posible. Puede perder el derecho a los beneficios de compensación a trabajadores si no informa la lesión dentro de los plazos de tiempo establecidos por ley.

combinación de beneficios por discapacidad total temporal y discapacidad parcial temporal.

- Para lesiones sucedidas en o después del 1 de octubre de 2008 debe presentar una solicitud de capacitación de empleo al departamento antes de recibir 208 semanas de cualquier combinación de beneficios por discapacidad total temporal y discapacidad parcial temporal.
- Los beneficios de capacitación de empleo se limitan a 156 semanas. Su consultor QRC es responsable de preparar su plan de capacitación de empleo. El mismo debe ser aprobado por la compañía aseguradora y por el Departamento de Trabajo e Industria.

Problemas con su reclamación

La mayoría de las reclamaciones de compensación a trabajadores se efectúan sin problemas. Si tiene preguntas o cree que no está recibiendo los beneficios correctos, siga estos pasos.

1. Llame al tasador de reclamaciones de seguro. Tome nota de la fecha, la hora y el nombre del tasador para sus expedientes. Explique el problema e intente resolverlo. Muchos problemas pueden resolverse con una llamada telefónica.
2. Hable sobre su problema con un especialista de la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa del Departamento de Trabajo e Industria (Department of Labor and Industry). (Vea la página 14 por la información de contacto.) El especialista de la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa intentará ayudar a resolver su problema. Si su problema no ha sido resuelto, el especialista de la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa puede explicarle el proceso de resolución de disputas y brindarle información para ayudarlo a decidir la mejor manera de solucionar su problema.

El Departamento de Trabajo e Industria ofrece servicios de mediación para resolver disputas sobre reclamos de beneficios para trabajadores lesionados. La mediación es un proceso gratis e informal, donde mediadores experimentados en la compensación a trabajadores lesionados ofrecen a las partes una manera rápida, eficiente y de bajo costo para que cualquier asunto – simple o complejo – pueda resolverse a la satisfacción de todas las partes envueltas. Para más información, llame a la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa (ADR) o visite su página de Internet (vea la página 14 para la información de contacto).

Si le proveen los beneficios médicos a través de un plan de cuidado administrado certificado, tiene que usar primero el proceso de resolución de disputas del plan de cuidado administrado certificado para solucionar los desacuerdos relacionados con el cuidado médico. El plan de cuidado administrado tiene que responderle dentro de un plazo de 30 días de usted haberle notificado por escrito de algún problema.

de rehabilitación de acuerdo a la ley, su empleador o la aseguradora puede asignarle un asesor del caso de discapacidad (DCM, por sus siglas en inglés) – referido algunas veces simplemente como asesor de caso – para colaborar con usted en vez de un QRC. El empleador o la aseguradora puede solicitarle al DCM que se comunique con usted, con su proveedor de servicios de salud, su empleador y la aseguradora para ayudarle a que pueda regresar a trabajar y/o coordinar el tratamiento médico.

Un DCM no es un proveedor de rehabilitación, como indican las reglas, y no se rige necesariamente por las leyes y reglas aplicables a los QRC. Para evitar confusión y mejor entender el rol del individuo con el cual usted trabaja, clarifique si está trabajando con un QRC o con un DCM. Aunque no existe ninguna ley que requiere que usted trabaje con un DCM, el DCM puede serle útil para coordinar sus tratamientos médicos o ayudar en su regreso al trabajo. Como indica la sección anterior, usted puede pedir una consulta de rehabilitación vocacional con un QRC en cualquier momento, aun si usted está trabajando con un DCM. Una persona que trabajó con usted como DCM no poder ser su QRC. Si usted no está de acuerdo con su clasificación de elegibilidad para recibir servicios de rehabilitación, o si tiene preguntas sobre un DCM, puede llamar a la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa para más información.

Elección de un consultor de rehabilitación calificado

Puede obtener una lista de consultores QRC en su área en el sitio de Internet del departamento en www.dli.mn.gov/WC/QrcData.asp.

Puede elegir su propio consultor QRC o la aseguradora puede remitirlo a uno para la consulta de rehabilitación. Si no elige a un consultor QRC para la consulta, tiene un plazo de hasta 60 días después de que se presente un plan de rehabilitación para pedir que le asignen un consultor QRC distinto. Bajo ciertas circunstancias, es posible que tenga derecho de cambiar a su un consultor QRC. Llame a la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa del DLI si desea más información.

Recapitación de empleo

- Es posible que su plan de rehabilitación incluya la recapitación de empleo. La recapitación de empleo es un curso de estudio formal diseñado para que un trabajador lesionado pueda regresar a un empleo remunerado adecuado.
- Para lesiones sucedidas desde el 1 de octubre de 1995 al 30 de septiembre de 2000 debe presentar una solicitud de recapitación de empleo al departamento antes de recibir 104 semanas de cualquier combinación de beneficios por discapacidad total temporal y discapacidad parcial temporal.
- Para lesiones sucedidas en o después del 1 de octubre de 2000 al 30 de septiembre de 2000 debe presentar una solicitud de recapitación de empleo al departamento antes de recibir 156 semanas de cualquier

- Su empleador tiene que llenar el formulario titulado ***Primer Informe de Lesión***.
- El empleador tiene 10 días desde el momento de enterarse de una reclamación de tiempo perdido para informarla a su compañía de seguro.
- Si su discapacidad dura más de tres días, la compañía aseguradora debe presentar el ***Primer Informe de Lesión*** al Departamento de Trabajo e Industria. Consulte la página 7 para ver una explicación de discapacidad.
- Su empleador o su compañía aseguradora debe proporcionarle una copia del formulario de ***Primer Informe de Lesión***. Con una reclamación de tiempo perdido, debe enviarse una copia del ***Primer Informe de Lesión*** a su sindicato, de haberlo.
- El empleador debe darle la hoja informativa titulada ***Hoja Informativa del Sistema de Compensación a Trabajadores de Minnesota*** cuando le entregue una copia del ***Primer Informe de Lesión***.
- Después de informar la lesión, la compañía aseguradora investigará su reclamación para verificar que haya estado relacionada con el trabajo.
- Debe mantener informado a su empleador sobre su condición médica y cualesquiera restricciones de trabajo.
- **Debe notificarle a la compañía aseguradora de los cambios de su condición de empleo y mantener informados al empleador y a la compañía aseguradora sobre su habilidad de trabajar.**

Si la compañía aseguradora acepta su reclamación de beneficios:

- La compañía aseguradora debe enviarle una copia del aviso titulado ***Aviso de Responsabilidad Principal del Asegurador*** indicando que acepta su reclamación.
- La compañía aseguradora debe comenzar a pagar beneficios por pérdida de salario dentro de un plazo de 14 días de la fecha en que su empleador haya sido notificado sobre su lesión de trabajo y la pérdida de salario. La compañía aseguradora debe pagar beneficios a los mismos intervalos de su nómina.
- Si usted se lesionó entre el 1 de octubre de 2000 y el 30 de septiembre de 2008, después de haber recibido 52 semanas de pagos de beneficios por discapacidad total temporal, la compañía aseguradora debe notificarle por escrito del límite de 104 semanas de pago de este beneficio.
- Para lesiones sufridas en o después del 1 de octubre de 2008, después de haber recibido 52 semanas de pagos de beneficios por discapacidad total temporal, la compañía aseguradora debe notificarle por escrito del límite de 130 semanas de pago de este beneficio.
- Antes de haberle pagado beneficios por pérdida de salario durante 80 semanas, la compañía aseguradora debe notificarle sobre su derecho de solicitar recapitación de empleo.

Si la compañía aseguradora rechaza su reclamación de beneficios:

- La compañía aseguradora debe enviarle una copia del aviso titulado ***Aviso de Determinación de Responsabilidad Principal del Asegurador*** indicando que rechaza la responsabilidad principal por su reclamación. El

formulario debe explicar claramente los hechos y los motivos citados por la compañía aseguradora para rechazar su reclamación.

- Si no está de acuerdo con el rechazo, debe hablar con el tasador de reclamaciones de seguro a cargo de su reclamación. Lea la sección titulada “Problemas con su reclamación” en la página 12 para obtener información sobre cómo resolver disputas.
- Si necesita ayuda para regresar al trabajo pero le negaron la reclamación, llame a la unidad de Rehabilitación Vocacional (Vocational Rehabilitation) del departamento al 651-284-5038 ó 888-772-5500 y pida una consulta de rehabilitación.

¿Qué beneficios de cuidado médico están disponibles?

- Si aceptan su reclamación, se efectuarán pagos por el costo de todo el tratamiento médico razonable y necesario relacionado con su lesión de trabajo.
- Tratamiento por ciertos proveedores sin licencia de servicios de salud alternativos o complementarios no será pagado.
- Las recetas médicas y reembolso de millaje por viajes a citas médicas también son pagaderos.
- La compañía aseguradora puede designar una o varias farmacias donde usted/ tenga que obtener los medicamentos para su herida, si la farmacia está ubicada a no más de 15 millas de su casa.
- Bajo la mayoría de las circunstancias puede elegir su propio proveedor médico/ Consulte la sección titulada “¿Qué es un plan de cuidado administrado certificado?” en la página 6 para ver las excepciones.
- Asegúrese de que su proveedor de cuidado médico envíe todas las facturas y la información de apoyo a la compañía aseguradora. La información de apoyo debe explicar cómo los tratamientos y cargos se relacionan con su lesión de trabajo.
- Su proveedor de cuidado médico debe notificarle a la compañía aseguradora antes de que le hagan alguna cirugía o lo hospitalicen, excepto en caso de emergencia/ Usted o la compañía aseguradora puede pedir una segunda opinión relacionada con cualquier cirugía que no sea de emergencia. La compañía aseguradora debe pagar por la segunda opinión. No pueden obligarlo a tener cirugía si usted no la desea.
- Su proveedor de cuidado médico no puede pedirle que usted pague los servicios de salud a menos que determine que el tratamiento no está relacionado con reclamo aprobado por heridas en el trabajo.

¿Qué es un plan de cuidado administrado certificado?

Algunos empleadores participan en planes de cuidado administrado certificado de compensación a trabajadores. Un plan de cuidado administrado certificado es una organización que ha sido certificada por el estado para administrar el cuidado médico de trabajadores lesionados. Su empleado debe decirle si usted está cubierto por un

- su empleador no puede ofrecerle un empleo remunerado adecuado que se ajuste a sus restricciones de trabajo.

Los servicios de rehabilitación vocacional son planificados por usted, el empleador/la compañía aseguradora y un consultor de rehabilitación calificado (QRC). Estos servicios son:

- modificación de los deberes de trabajo para ajustarse a las habilidades;
- búsqueda de empleo con otro empleador si el suyo no tiene un empleo adecuado disponible; y
- capacitación para un empleo nuevo.

¿Cómo solicito rehabilitación vocacional?

Puede solicitar rehabilitación vocacional en cualquier momento. Si piensa que los servicios de rehabilitación vocacional serán útiles, escríbale a la compañía aseguradora para solicitar una consulta de rehabilitación con un consultor QRC.

Los aseguradores deben presentar un formulario de **Informe de Condición de Discapacidad** al departamento cuando:

- usted, su empleador o la compañía aseguradora solicita los servicios de rehabilitación;
- se sabe que no podrá regresar a trabajar durante por lo menos 13 semanas; o
- han transcurrido 90 días desde su lesión y no ha regresado a trabajar.

En el formulario de *Informe de Condición de Discapacidad* el asegurador debe remitirlo a una consulta de rehabilitación o solicitar que el departamento dispense de los servicios de rehabilitación vocacional.

Un consultor QRC realiza una consulta de rehabilitación vocacional para determinar si usted es elegible para recibir los servicios de rehabilitación vocacional. Si es elegible, el consultor QRC redactará un plan de rehabilitación y coordinará los servicios de rehabilitación.

El consultor QRC trabajará con usted, su empleador y el asegurador para planificar los servicios que usted necesita para regresar a un empleo remunerado adecuado.

Si usted no está de acuerdo con su clasificación de elegibilidad para recibir servicios de rehabilitación, o si no está de acuerdo con el plan de rehabilitación, puede llamar a la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa; Si ellos no pueden resolver su problema, le darán instrucciones sobre cómo presentar un formulario de **Solicitud de Rehabilitación** para solicitar asistencia.

Asesor sobre el caso de discapacidad, servicios de rehabilitación vocacional

Si la aseguradora ha recibido una exención (waiver) de proveerle servicios de rehabilitación vocacional o si usted no califica para para los servicios

- Necesita tener cierto nivel de discapacidad permanente, dependiendo de su edad y nivel de educación, para ser considerado para recibir beneficios de PTD.
- La cantidad del beneficio de PTD equivale a dos tercios del salario semanal bruto que usted ganaba al momento de sufrir la lesión.
- La ley vigente en la fecha de sufrir la lesión determina la cantidad de estos beneficios.

Beneficios por discapacidad parcial permanente (PPD)

- Los beneficios de PPD le compensan la pérdida de uso permanente de una parte del cuerpo.
- Estos beneficios se pagan después de terminar la discapacidad total temporal, aproximadamente al mismo nivel e intervalos.
- Puede solicitar que le paguen los beneficios de PPD como una suma global. La suma global puede descontarse al valor presente usando un factor de descuento de hasta el cinco por ciento.

Beneficios por muerte/dependencia

- El cónyuge, los hijos y/u otros dependientes de un trabajador que fallezca debido a un accidente relacionado con el trabajo o una enfermedad ocupacional son elegibles para recibir beneficios por dependencia.
- El seguro de compensación a trabajadores también paga gastos de funeral de hasta \$15,000 por lesiones sufridas en o después del 28 de abril de 2000.
- Por lesiones sufridas en o después del 28 de abril de 2000, el pago se efectúa al patrimonio sucesorio, si el fallecido no tiene dependientes.

Ajustes relacionados al costo de vida

La ley vigente en la fecha de sufrir la lesión determina los ajustes relacionados al costo de vida sobre los beneficios por pérdida de salario. Los trabajadores con lesiones sufridas en o después del 1 de octubre de 1995 son elegibles para recibir ajustes anuales al costo de vida, comenzando cuatro años después de la fecha de la lesión, con un ajuste anual máximo limitado al dos por ciento.

Trabajadores con lesiones ocurridas en o después del 1 de oct., 2013, son elegibles para recibir ajustes anuales al costo de vida, comenzando tres años después de la fecha de la lesión, con un ajuste anual máximo limitado al tres por ciento.

Servicios de rehabilitación vocacional

Puede ser elegible para recibir servicios vocacionales si:

- necesita ayuda para regresar a trabajar debido a su lesión; y

plan de cuidado administrado certificado. Algunos empleadores o compañías aseguradoras tienen contratos con planes de cuidado administrado o médicos que no tienen certificación del departamento. No se requiere que reciba tratamiento de un médico de un plan o red que no tenga certificación.

Si está cubierto por un plan de cuidado administrado certificado de compensación a trabajadores:

- su empleador debe publicar un aviso que muestre cómo obtener tratamiento usando el plan de cuidado administrado y provea el nombre y el número telefónico de una persona de contacto;
- puede pedirle al empleador, la compañía aseguradora o el personal del plan de cuidado administrado certificado una lista de proveedores del plan; y
- es posible que le asignen un administrador de casos médicos para coordinar el cuidado médico por su lesión.

Debe acudir a un proveedor del plan de cuidado administrado certificado a menos que:

- necesite cuidado médico de emergencia;
- desee recibir cuidado de otro proveedor médico que pueda dar tratamiento a su lesión y le haya dado tratamiento a usted por lo menos dos veces durante los últimos dos años o que tenga un historial documentado de darle tratamiento; o
- vive o trabaja demasiado lejos de un proveedor de cuidado médico del plan. (Hay un límite de 30 millas de distancia en el área metropolitana de los siete condados de Minneapolis y St. Paul y un límite de 50 millas de distancia en las demás áreas.)

¿Qué son los exámenes médicos independientes?

Es posible que la compañía aseguradora solicite que lo examine un proveedor de cuidado médico seleccionado por la misma. A menudo el examen se denomina examen médico independiente (IME, por sus siglas en inglés). La compañía aseguradora puede suspender sus beneficios si usted se rehúsa a que lo examine ese médico. La compañía aseguradora debe reembolsarle el millaje y otros costos relacionados con acudir al examen.

¿Qué beneficios financieros están disponibles?

Se considera que la discapacidad comienza el primer día calendario o fracción de día calendario en el que usted no pueda trabajar. Por ley, no se paga ningún beneficio por pérdida de sueldo durante los primeros tres días calendario después de comenzar la discapacidad. Si continúa la discapacidad, aunque sea intermitentemente, por 10 días calendario o más, le deberán la compensación desde el primer día que no sea capaz de trabajar.

Beneficios por discapacidad total temporal (TTD)

- Los beneficios de TTD se pagan si usted es incapaz de trabajar debido a su lesión de trabajo.
- Los beneficios de TTD equivalen a dos tercios de su sueldo semanal bruto al momento de sufrir la lesión (con límites máximos y mínimos).
- La ley vigente en la fecha de sufrir la lesión determina los montos máximos y mínimos pagaderos.
- Los beneficios de TTD son pagaderos hasta un máximo número de semanas dependiendo de la fecha de su lesión. Para lesiones ocurridas del 1 de oct., 1995 al 30 sept., 2008, son 104 semanas. Para lesiones ocurridas en o después del 1 de oct., 2008, son 130 semanas. Pueden pagarse por más tiempo si usted se encuentra participando en un programa aprobado de capacitación de empleo.
- Estos beneficios son pagaderos a los mismos intervalos que le pagaban su sueldo antes de sufrir la lesión.

Por lesiones sufridas desde el 1 de octubre de 1995 hasta el 30 de septiembre de 2000

Tarifa semanal máxima.....\$615
Tarifa semanal mínima\$104 (o el sueldo semanal real, lo que sea menos)
Máximo número de semanas.....104

Por lesiones sufridas en o después del 1 de octubre de 2000 hasta el 30 de septiembre de 2008

Tarifa semanal máxima.....\$750
Tarifa semanal mínima\$130 (o el sueldo semanal real, lo que sea menos)
Máximo número de semanas.....104

Por lesiones sufridas en o después de 1 de octubre de 2008 hasta el 30 de septiembre de 2013

Tarifa semanal máxima.....\$850
Tarifa semanal mínima\$130 (o el sueldo semanal real, lo que sea menos)
Máximo número de semanas.....130

Por lesiones sufridas desde en o después de 1 de octubre de 2013

Tarifa semanal máxima.....102 por ciento del salario semanal promedio a nivel estatal durante el periodo concluido el 31 de diciembre del año previo
Tarifa semanal mínima\$130 (o el sueldo semanal real, lo que sea menos)
Máximo número de semanas130

Los beneficios de TTD terminan generalmente cuando:

- le han pagado el número máximo de semanas de beneficios de TTD y usted no se encuentra participando en un programa de capacitación de empleo aprobado;
- ha regresado a un trabajo adecuado;
- han transcurrido 90 días desde que le notificaron que ha alcanzado la mejora médica máxima;
- han transcurrido 90 días de haber completado un plan de capacitación de empleo aprobado;
- usted no coopera con un plan de rehabilitación aprobado;
- usted puede trabajar, pero rechaza ofertas de empleo remunerado ajustado a sus restricciones físicas;
- usted puede trabajar con restricciones, pero no busca empleo apropiado de manera diligente;

- usted puede trabajar, pero se retira del mercado laboral;
- su proveedor de cuidado médico le permite trabajar sin ninguna restricción física ocasionada por la lesión de trabajo; o
- usted se jubila por motivos no relacionados con su lesión.

Usted tiene la obligación de informarle a la compañía de seguro si regresa a cualquier tipo de empleo. Es posible que la compañía aseguradora proponga discontinuar sus beneficios de TTD si no busca diligentemente empleo adecuado y ajustado a sus restricciones médicas.

Beneficios por discapacidad parcial temporal (TPD, por sus siglas en inglés)

- Los beneficios de TPD se pagan si su lesión de trabajo resulta en un sueldo semanal más bajo del que ganaba al momento de sufrir la lesión.
- El pago equivale a dos tercios de la diferencia entre su sueldo semanal bruto promedio al momento de sufrir la lesión y sus ingresos semanales brutos actuales.
- La ley vigente en la fecha de sufrir la lesión determina la cantidad máxima pagadera.
- Por lesiones sufridas en o después del 1 de octubre de 1992, no pueden pagarle más de 225 semanas de beneficios de TPD ni recibir dichos beneficios después de transcurridas 450 semanas de sufrir la lesión, lo que suceda primero. Por lesiones sufridas en o después del 1 de octubre de 2018, no pueden pagarle más de 275 semanas de beneficios de TPD ni recibir dichos beneficios después de transcurridas 450 semanas de sufrir la lesión, lo que suceda primero. Sin embargo, si se encuentra participando en un programa de capacitación aprobado y está trabajando con pérdida de sueldo durante la capacitación de empleo, los beneficios de TPD pagados no cuentan hacia el límite de 225, 275 ó 450 semanas.

Procedimiento para discontinuar los beneficios de reemplazo de sueldo

Su empleador o la compañía aseguradora debe darle un aviso por escrito de su intención de suspender o discontinuar los beneficios y presentar una copia del aviso al departamento. El aviso debe indicar la fecha propuesta de discontinuación e indicar claramente la razón, adjuntando toda la documentación de apoyo.

Si usted tiene objeción a la discontinuación propuesta, puede hablar con la compañía aseguradora, comunicarse con la Unidad de Resolución Alternativa de Disputa, solicitar una conferencia (esto debe realizarse dentro de un plazo de 12 días) o iniciar un procedimiento de objeción. Normalmente, los beneficios deben continuar pagándose hasta la fecha de la conferencia (vea la página 14 para la información de contacto).

Beneficios por discapacidad total permanente (PTD)

- Si una lesión de trabajo le impide regresar a un empleo regular y ganarse la vida trabajando, puede ser elegible para recibir beneficios de PTD.