

Informes de reclamaciones fuera del horario laboral



Si un empleado se lastima **antes de las 8:00 a. m., después de las 5:00 p. m. o en un fin de semana** cuando la línea de admisión de reclamos de compensación laboral de NJSIG esté cerrada, siga los tres pasos a continuación:

1

Busque atención médica

El empleado lesionado debe acudir a la sala de emergencias o al centro de atención de urgencia más cercano, según la gravedad de la lesión. No se debe utilizar seguro médico personal. En su lugar, presente la tarjeta comercial que se proporciona a continuación.

2

Llame a la línea de admisión de NJSIG: 609-543-3377

El empleado lesionado y/o supervisor debe dejar un mensaje de voz en la línea de admisión de NJSIG, proporcionando la siguiente información:

- **Nombre completo** del empleado lesionado
- **Número de teléfono** de contacto del empleado lesionado
- **Distrito escolar** nombre

Nota: Este mensaje de voz sirve como registro preliminar de la lesión.

También está disponible en línea un formulario de Primer Informe de Lesión (FROI):

www.njsig.org/froi

3

Seguimiento de NJSIG

Un representante de admisión de reclamaciones de compensación laboral de NJSIG se comunicará con el empleado lesionado el siguiente día hábil para completar el Primer Informe de Lesión (FROI) y proporcionar los pasos a seguir.

Importante: Si el empleado lesionado acude a un **centro de atención de urgencias**, debe llevar consigo la tarjeta comercial y el folleto Mitchell ScriptAdvisor, que se proporcionan a continuación. Estos documentos son necesarios para el correcto procesamiento del tratamiento médico y de las recetas relacionadas con la lesión laboral.

| | |
|--|--------|
|  | |
| Compensación para el empleado | |
| Nombre: | |
| Empleador: | Fecha: |
| En caso de sufrir un accidente en el trabajo: | |
| 1. Informe a su empleador de inmediato y llame a NJSIG al 609-543-3377. 2. En caso de emergencia, diríjase al hospital más cercano e informe a su empleador y al NJSIG dentro de las 24 horas. 3. NJSIG gestionará su tratamiento. No acuda a su propio proveedor médico. 4. Presente esta tarjeta a su proveedor médico en el momento del tratamiento. | |
| Red de proveedores e instrucciones de facturación | |
| Se requiere una certificación previa al tratamiento | |
| Llame a: 1-800-425-3222 para solicitar la autorización | |
| Envíe todas las facturas a: QualCare, Inc. PO Box 240819 Apple Valley, MN 55124 | |

| | |
|--|----------|
|  | |
| Mitchell ScriptAdvisor | |
| Tarjeta de beneficio de prescripción temporal | |
| Atención farmacéuticos: Procesar a través de Scrip Care e ingresar RxBIN, RxPCN y GROUP. | |
| Nombre del miembro: | |
| N.º de id. de miembro: | |
| Fecha de la lesión + Fecha de nacimiento (Ejemplo: MMDDAAMMDDAA) | |
| Rx BIN: | 023377 |
| PCN: | MPS |
| Grupo: | 001073TC |



Empleado

*Puede comunicarse con el Servicio de atención al cliente de Mitchell al (866) 846-9279 o puede presentar esta hoja al farmacéutico junto con su receta.