



Berkshire Hathaway  
HOMESTATE COMPANIES

Workers Compensation Division <sup>TM</sup>

# Workers Compensation State Claim Kit

*Nebraska*



# Table of Contents

BHHC NE Claims Kit Introductory Letter - 3/2024.....	1
NE NWCC Form 1 – First Report of Occupational Injury or Illness – 3/2024.....	2
NE Form – Rights and Obligations under the NE Workers’ Compensation Law – 7/2023 .....	4
English.....	4
Spanish .....	9
NE Form – Choosing a Doctor for a Work-Related Injury (English & Spanish) – 11/1999 .....	15
English.....	15
Spanish .....	19
NE NWCC Form 50 - Employees Choice or Change of Doctor – 3/2018.....	23
English.....	23
Spanish .....	24
BHHC Authorization for the Release of Information (English & Spanish) - 8/2023 .....	25
BHHC Medical History Request – 8/2023 .....	27
BHHC General Employee Accident Report - 8/2023 .....	28
English.....	28
Spanish .....	29
BHHC General Supervisor Accident Report - 8/2023 .....	30
English.....	30
Spanish .....	32
BHHC General Witness Accident Report – 9/2023 .....	34
English.....	34
Spanish .....	35
NE Form – Insurance Fraud Leaves a Paper Trail Poster.....	36
NE Form – Insurance Fraud Makes Me Croak.....	37
BHHC Express Scripts First Fill Form (English & Spanish) – 02/2025 .....	38
BHHC Workers’ Compensation Fraud Posters - 3/2024.....	40
English.....	40
Spanish .....	41



P.O. Box 881236 San Francisco, CA 94188  
(888) 495-8949  
[bhhc.com](http://bhhc.com)

## Dear Policyholder:

Thank you for placing your workers compensation coverage with Berkshire Hathaway Homestate Companies (BHHC). We look forward to working with you to fulfill all your workers compensation needs.

Enclosed you will find documentation necessary for the processing and administration of a claim in the event of a workplace injury, as well as important information regarding workers compensation requirements for your state (i.e. posting notices, compliance laws, etc). Please utilize the documents included to collect valid information regarding the injured employee and incident, and send the documents in when reporting the claim or upon request. Any completed document should be sent directly to BHHC using mail, e-mail, or fax. The assigned claims professional will forward necessary documentation onto the appropriate state entity.

It is critical that you promptly report all new claims using one of the contact methods listed to the right.

Nebraska state law recommends employers report every industrial injury or occupational disease claim to their workers compensation carrier as soon as possible or within 5 days of employer knowledge of injury.

State law also requires that employers authorize initial medical treatment within 24 hours of knowledge that an occupational injury of illness has been sustained or reported, regardless of the legitimacy of the claim. Failure to comply may result in the loss of "medical control" and a significant increase in the potential claim cost.

We will attempt to contact you and the injured worker within 24 hours of receiving the First Report of Injury. Your cooperation in allowing the injured employee to speak with one of our Claims Professionals is appreciated.

Should you have any questions regarding the contents of this kit, a claim, or claim reporting, please contact our Customer Care Center at (888) 495-8949. Questions regarding your insurance policy or coverage should be directed to your broker or agent. We thank you for choosing BHHC as your workers compensation carrier and look forward to providing you superior customer service and compassionate care for your injured workers.

**BERKSHIRE HATHAWAY HOMESTATE COMPANIES**

## Report a Claim

### Online

[bhhcpolicyholder.bhhc.com/  
Client/External/Claims](http://bhhcpolicyholder.bhhc.com/Client/External/Claims)

### Phone

(800) 661-6029

### Fax

(800) 661-6984

### E-mail

[newclaim@bhhc.com](mailto:newclaim@bhhc.com)



# Nebraska Workers' Compensation Court

## First Report of Alleged Occupational Injury or Illness

NWCC Form 1  
Revised 12/2011

<b>Employer</b>						
Employer FEIN _____		SIC Code _____		Report Purpose _____ OSHA Log Case # _____		
Employer Name(s) _____			Insured Name <i>(If different from employer name)</i> _____			
Address _____			Insured Address <i>(If different)</i> _____			
City _____			Location _____			
State _____		Zip Code _____		Phone _____		
<b>Insurance Carrier</b>						
Carrier FEIN _____			Administrator FEIN _____			
Name _____			Claim Administrator <i>(Name, address &amp; phone number)</i> _____			
Address _____			_____			
City _____			_____			
State _____		Zip Code _____		Phone _____		
Policy Number _____			Self Insured <input type="checkbox"/> <i>Check if Appropriate</i>			
Policy Period: From _____ To _____			Claim Administrator Claim # _____			
Insurance Carrier/Self-Insured Code # _____			Jurisdiction Claim # _____			
_____			Insured Report # _____			
_____			Jurisdiction _____			
<b>Employee</b>						
Name <i>(Last, First, Middle)</i> _____		Full Pay for DOI Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Number of Days Worked Per Week _____		
Address _____		Salary Continued Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		Sex Male <input type="checkbox"/> Female <input type="checkbox"/>		
City _____		Number of Dependents _____		Occupational Job Title _____		
State _____		Marital Status _____		Occupational Code _____		
Zip Code _____		Wage \$ _____		NCCI Class Code _____		
Phone _____		Married <input type="checkbox"/>		Date Employee Began _____		
Date of Birth _____		Separated <input type="checkbox"/>		Work-Related Duties _____		
Social Security Number _____		Unmarried <input type="checkbox"/>		Employment Status FT <input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> Other <input type="checkbox"/>		
Date Hired _____		Unknown <input type="checkbox"/>		_____		
_____		Hourly <input type="checkbox"/>		_____		
_____		Daily <input type="checkbox"/>		_____		
_____		Weekly <input type="checkbox"/>		_____		
_____		Bi-Weekly <input type="checkbox"/>		_____		
_____		Monthly <input type="checkbox"/>		_____		
<b>Occurrence/Treatment</b>						
Date of Injury/Illness _____		Time Employee Began Work _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>		Time of Occurrence _____ AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/> (Cannot be determined <input type="checkbox"/> )		
Where Did Injury/Illness Occur? County _____ State _____ Zip _____		Did Injury/Illness Occur On Employer's Premises? Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>				
Date Employer Notified _____		Date Disability Began _____		Date Returned to Work _____		
_____		_____		If Fatal, Give Date of Death _____		
Type of Injury/Illness <i>(Briefly describe the nature of the injury or illness; e.g. lacerations to forearm)</i> _____					Nature of Injury Code _____	
Part of Body Affected <i>(Indicate the part of the body affected by the injury/illness; e.g. right forearm, lowerback; and how it was affected)</i> _____					Part of Body Code _____	
How Injury/Illness Occurred <i>(Describe activity and tools, materials, equipment the employee was using; how injury occurred)</i> _____					Cause of Injury Code _____	
Initial Treatment: No medical treatment <input type="checkbox"/> First aid by employer <input type="checkbox"/> Minor clinic/hospital <input type="checkbox"/>		Emergency Room <input type="checkbox"/> Hospitalized overnight <input type="checkbox"/> Hospitalized > 24 hours <input type="checkbox"/>		Future major medical/lost time <input type="checkbox"/>		
Name of physician or other health care provider: _____						
Date Administrator Notified _____		Form Preparer's Name, Title and Phone _____			Date Prepared _____	

## General Instructions

*Underlined items are mandatory fields. A first report of injury or illness submitted without this information will be returned unfilled.*

---

### Employer:

- Employer FEIN — the employer/insured's Federal Employer's Identification Number.
  - SIC Code — Standard Identification Classification code which represents the nature of the employer's business.
  - Report Purpose — defines the specific purpose of the transaction (examples: original = 00; cancel = 01; change = 02; denial = 04; correction = CO).
  - OSHA Log Case # — the Log Case number required for reporting to OSHA.
  - Employer Name — include all business names/doing business as (*dba*).
  - Address (including city, state, and zip code) — the address of the employer's actual location where the employee was employed at the time of the injury.
  - Phone — phone number at the employer's facility.
  - Insured Name (if different from employer) — the named insured on the policy or the financially responsible self-insured employer.
  - Insured Address (*if different from employer*) — mailing address of the insured.
  - Location — a code defined by the insured/employer which is used to identify the employer's location.
- 

### Insurance Carrier:

- Carrier FEIN — carrier's Federal Employer's Identification Number.
  - Administrator FEIN — administrator's Federal Employer's Identification Number.
  - Name — the workers' compensation insurer, approved self-insured, or intergovernmental risk management pool.
  - Address — address, city, state and zip code of insurer.
  - Phone — phone number of insurer.
  - Claim Administrator (name, address, & phone) — enter the name, address and phone number of the carrier, third party administrator, risk management pool, or self-insurer responsible for administering the claims, if different from carrier information.
  - Policy # — the number assigned to the contract/policy for that employer.
  - Policy Period — the effective and expiration dates of the contract/policy.
  - Insurance Carrier/Self Insured Code # — for insurance carriers, the number assigned by the Nat'l Assn. of Insurance Commissioners. For self-insured employers, the code number assigned by the court.
  - Self Insured — check if appropriate.
  - Claim Administrator Claim # — identifies a specific claim within a claim administrator's claims processing system.
  - Jurisdiction Claim # — number assigned by the court when the initial First Report is accepted.
  - Insured Report # — a number used by the insured to identify a specific claim.
  - Jurisdiction — the governing body or territory whose statutes apply (NE).
- 

### Employee:

- Name — give full name as shown on payroll (avoid initials if possible).
  - Address — address, city, state and zip code of employee.
  - Social Security Number. The social security number must be provided. This is mandatory pursuant to Neb.Rev.Stat. §48-144, Rule 29 of the Workers' Compensation Court Rules of Procedure, and Section 7(a)(2)(B) of the Privacy Act of 1974. The social security number is used by the Nebraska Workers' Compensation Court for purposes of verifying the identity of the employee and administering the Nebraska Workers' Compensation Act. It is a unique identifier and is needed because of the number of persons who have similar names and birth dates, and whose identities can only be distinguished by social security number. The social security number may also be shared with claims handling entities for purposes of processing a claim for workers' compensation benefits and verifying the identity of the claimant.
  - Date of Birth — the date the injured worker was born.
  - Date Hired — the date the injured worker began his/her employment with the employer.
  - Full Pay for DOI (date of injury) — check one.
  - Salary Continued — check one.
  - Number of Days Worked Per Week — the number of the employee's regularly scheduled work days per week.
  - Sex — check one.
  - Number of Dependents — the number of dependents as defined by the Nebraska Workers' Compensation Act.
  - Marital Status — check one.
  - Wage — check one and state wage.
  - Occupational Job Title — the primary occupation of the claimant at the time of the accident.
  - Occupational Code — Standard Occupational Classification code used to identify the primary occupation of the employee at the time of the accident.
  - NCCI Code — The identifying number for an occupational classification.
  - Date Employee Began Work-Related Duties — date pertaining to employee's present occupation.
  - Employment Status — check one.
- 

### Occurrence/Treatment:

- Date of Injury/Illness — date on which the accident occurred (*only one date of injury per form*).
- Time Employee Began Work — time employee began work for that date.
- Time of Occurrence — time of day the injury occurred.
- Last Work Date — the last paid work day prior to the initial date of disability.
- Where Did Injury/Illness Occur — complete county, state, and zip code.
- Did Injury/Illness Occur On Employer's Premises — check one.
- Date Employer Notified — the date that the injury was reported to a representative of the employer.
- Date Disability Began — if not disabled answer none and skip questions.
- Date Returned to Work — if injured has returned to work, complete this question.
- If Fatal, Give Date of Death, (date employee died as a result of the work-related injury.)
- Type of Injury/Illness — describe the nature of injury.
- Nature of Injury Code — the code which corresponds to the nature of the injury sustained by the employee.
- Part of Body Affected — the part of the body to which the employee sustained injury.
- Part of Body Code — the code which corresponds to the Part of the body to which the employee sustained injury.
- How Injury/Illness Occurred — a free-form description of how the accident occurred and the resulting injuries.
- Cause of Injury Code — the code that corresponds to the cause of injury.
- Initial Treatment — check one.
- Name of physician or other health care provider — provide name of physician or other health care provider that treated employee for injury.
- Date Administrator Notified — the date the claim administrator who is processing the claim received notice of the loss or occurrence.
- Form Preparer's Name, Title and Phone.

# Nebraska Workers' Compensation



## What is workers' compensation?

If an employee is injured by accident or occupational disease arising out of and in the course of their employment, they may be entitled to workers' compensation benefits. Workers' compensation insurance covers the risk of an employee getting injured on the job. Workers' compensation is different and separate from unemployment compensation, Social Security disability benefits, health and accident insurance, or other disability benefit plans provided by the employer.

The Nebraska Workers' Compensation Act (the Act) is found at Section (§) 48-101 to § 48-1,118 of the Nebraska Revised Statutes (laws, written as "NEB. REV. STAT."). It provides the only avenue for employees to obtain benefits from their employer for their work-related injuries.

## Who is covered by Nebraska workers' compensation?

The Act applies to most employees. It does not apply to independent contractors. Most Nebraska employers are required to have workers' compensation insurance to make sure coverage is in place if employees are injured while working. Exceptions, such as for federal employers, can be found in NEB. REV. STAT. § 48-106.

## Who May Be Entitled To Benefits?

An injured employee who is covered by the Act may obtain benefits:

- if the injury was caused by an accident or disease that arose out of and in the course of their employment and the injury occurred in Nebraska,
- the employer was performing work in Nebraska or the employment is in Nebraska, or
- the employee was hired in Nebraska and the employer is doing business or performing work in Nebraska, whether or not the injury occurred in Nebraska.

If an employee dies as a result of a work-related injury, the employee's dependents may be entitled to benefits under the Act.

## What Benefits May Be Available?

### A. Medical Benefits

The employer / insurer is liable to pay for all reasonable medical and hospital services, appliances, prescribed drugs, prosthetic devices, and other supplies along with mileage that are necessary as the result of a work-related injury. Medical benefits may include reasonable travel expenses in some situations. The mileage rates for allowable travel are listed in the [Tables of Maximum/Minimum Compensation Benefits, Burial Benefits, and Mileage Reimbursement Rates](#) on the Nebraska Workers' Compensation Court (court) website.



**Choice of doctor.** The employer must notify the employee that the employee has the right to choose a physician they or their family have seen as their primary treating physician. If the employee does not choose a physician, the employer may select the physician. More information about [Choosing a Doctor for a Work-Related Injury](#) can be found on the court's website.

An employer / insurer may also ask an injured employee to be examined by a doctor chosen by the employer / insurer at the company's expense.

The employee should promptly submit expenses for medical care to their employer or to the insurer for payment.

## **B. Indemnity Benefits**

"Indemnity benefits" (also called "disability benefits") may be paid when an employee misses time from work or suffers permanent effects after a work-related injury. Employees may be entitled to *temporary* and / or *permanent* disability benefits.

### **1. Temporary Disability Benefits**

Temporary disability benefits may be for either:

- (a) *total* disability, or
- (b) *partial* disability.

**Temporary Total Disability Benefits.** An employee may be entitled to temporary total disability benefits for as long as they are unable to work as a result of their injury. The weekly benefit rate for temporary total disability is subject to the maximum and minimum benefit rate per week. More information can be found in the [Tables of Maximum / Minimum Compensation Benefits, Burial Benefits, and Mileage Reimbursement Rates](#) on the court's website.

**Temporary Partial Disability Benefits.** Benefits are paid when the employee is able to return to work but under limited circumstances such as for a few hours a day or at a job which pays less than the job held at the time of the injury. The weekly benefit rate for temporary partial disability benefits is subject to the maximum benefit rate per week. More information can be found in the [Tables of Maximum / Minimum Compensation Benefits, Burial Benefits, and Mileage Reimbursement Rates](#) on the court's website.

Temporary disability benefits usually end when an employee has reached *maximum medical improvement* or has been released from medical care.

An employee is entitled to temporary disability benefits while participating in an approved vocational rehabilitation plan.

### **2. Permanent Disability Benefits**

*Permanent disability benefits* may be either:

- (a) permanent partial or permanent total disability of certain body parts listed in the Act ("scheduled" injuries) or,
- (b) permanent partial or permanent total disability to the *body as a whole*.

**Permanent Partial Disability for Loss of a Scheduled Body Part.** Benefits are paid for the loss or loss of use of a body part such as a leg or hand based upon the value the Act assigns to various body parts.

**Permanent Total Disability for Loss of Multiple Scheduled Body Parts.** The total loss or total loss of use of two scheduled body parts in one accident is considered permanent total disability.

**Permanent Partial Disability to the Body as a Whole.** Benefits are paid for permanent disability resulting from a body as a whole injury, such as neck, back, or head. Generally, if the injured body part isn't included in the schedule of body parts, the injury is considered to be to the body as a whole. Typically, compensation for permanent partial disability to the body as a whole is compensated on the basis of loss of earning capacity. More information about [Loss of Earning Power Evaluations in Nebraska](#) can be found on the court's website.

**Permanent Partial Disability for Loss of Scheduled Body Parts.** When an employee has an injury to more than one scheduled body part, they may request that compensation be determined based on loss of earning capacity.

**Permanent Total Disability Benefits.** If an employee is permanently unable to return to the workforce as a result of their injuries, permanent total disability (PTD) benefits may be due.

### 3. Death Benefits

If the injury results in the death of the employee, the surviving spouse and other actual dependents may be entitled to death benefits. Additionally, burial expenses may be paid.

### C. Return-to-Work Services (also known as Vocational Rehabilitation Benefits)

An employee may be eligible for return-to-work services (vocational rehabilitation benefits), such as job placement with the same or a new employer or formal training. Temporary disability benefits are paid while an employee is participating in a court-approved job placement or formal training plan.

These services are voluntary and, if not offered by the employer / insurer, the employee can request vocational rehabilitation services. An employee can contact their employer, the claims representative of their employer's insurer, or the court's Vocational Rehabilitation section to request return to work services. If it is determined that the employee will need vocational rehabilitation services, a court-certified vocational rehabilitation counselor can submit a plan of vocational rehabilitation services to the court for approval.

More information about [return-to-work services](#) can be found on the court's website.

## When Can Benefits Begin?

Indemnity (wage replacement) benefits begin on the eighth calendar day of disability, after a seven-day *waiting period*. If disability (either temporary or permanent) continues for six weeks or longer, then benefits are payable for the waiting period. See NEB. REV. STAT. § 48-119. In that situation, benefits for the waiting week are paid after six weeks elapse after the accident.

Medical benefits may begin on the date of the work injury.

Return-to-work (vocational rehabilitation) benefits may begin when the employee has permanent impairment or restrictions **and** is unable to perform suitable work within their training and experience.



## **What should an employee do when they are injured at work?**

An employee should notify their employer of any work-related injury or occupational disease as soon as possible. After a work-related injury, the employee also should seek treatment for urgent medical issues and inform their treating physician that it is a work-related injury.

## **Can an employee obtain the name and contact information of the employer's workers' compensation insurer?**

Yes. This information can be obtained by contacting the employer or the court. Insurance companies are required to report to the court each policy of workers' compensation insurance they issue. A small number of Nebraska employers are self-insured for workers' compensation.

You can find an employer's workers' compensation insurance coverage using the [Coverage Lookup](#) app on the court's website. The court's website also has a list of [Self-Insured Employers](#).

## **What should an employer do after receiving notice of an on-the-job injury?**

The employer should notify its workers' compensation insurer of the injury or occupational disease. The employer / insurer should file a First Report of Alleged Occupational Injury or Illness with the court within 10 days of the date of the notice of injury. The injured employee is not responsible for filing this report.

## **How long does it take to receive compensation after the injury is reported?**

Compensation payments for lost wages (indemnity) and medical expenses are typically paid within 30 days after notice of the injury. However, payment of benefits might be delayed if liability for the claim is disputed.

## **What happens if benefits are not paid on time?**

A 50 percent penalty may be added to indemnity benefits for waiting time if payment is not made within 30 days of the notice of injury or impairment. The 50 percent penalty is due if there is no reasonable dispute regarding the employee's claim for workers' compensation benefits. Waiting-time penalties may also apply when there is a failure to pay compensation after 30 days from the entry of a final order, award or judgment of the court.

## **When are permanent disability benefits paid?**

After the employee has been released from medical treatment and has been placed at maximum medical improvement, permanent benefits may be payable. The employer / insurer may offer payment in a one-time lump sum or pay weekly benefits.

## **What is required for an employer / insurer to receive a release from liability?**

Under the Act, an employer / insurer is only released from liability (legal obligation to pay workers' compensation benefits) if the employee and employer / insurer agree to:

- (a) file a Lump Sum Settlement Application which is reviewed and approved by the court, or
- (b) file a Release of Liability and the court enters an order dismissing the case.

If the employee is not represented by an attorney, the settlement must be reviewed by the court to ensure it is in the best interests of the employee.

### **What may an employee do if the employer / insurer does not pay benefits?**

- **Contact the Employer / Insurer.** The employee or their attorney may contact the employer / insurer to discuss the benefits that may be due. You can find the insurer's phone number by using the [Coverage Lookup](#) app on the court's website or by calling the court's information line (800-599-5155 or 402-471-6468).
- **Request Informal Dispute Resolution (mediation).** Any person involved in a workers' compensation claim may request informal dispute resolution (mediation) to help settle an issue or an entire case without the need for a formal hearing. This service is free of charge. To request informal dispute resolution, call the court's information line (800-599-5155 or 402-471-6468) and ask to speak with the mediation coordinator or complete the [Informal Dispute Resolution Request Form](#) on the court's website. More information about [Informal Dispute Resolution and Mediation](#) can be found on the court's website.
- **Request an Independent Medical Exam.** The court's Independent Medical Examiner process may provide a way to get unbiased answers to questions about an employee's medical condition or related issues when there is a disagreement. More information about [Independent Medical Exams](#) can be found on the court's website.
- **File a Petition.** The employee or their attorney may file a petition (lawsuit) with the court. [Petition forms](#) can be found on the court's website or obtained from the Clerk of the Court. Employees representing themselves in court are held to the same standards, laws, and rules as attorneys.

---

This information is a product of the Nebraska Workers' Compensation Court and is provided as a public service. It is not intended to be used or construed as legal advice by the Nebraska Workers' Compensation Court. The court will not be liable for any loss, injury, or direct, special, incidental or consequential damage incurred as a consequence, directly or indirectly, of the use or application of the contents herein. Further inquiries may be directed to the court; however, please note court staff may not provide legal advice or opinions.

General questions may be directed to the court's information line or you may contact the court by email from the court's website. **Case-specific questions should be directed to a private lawyer, as the Nebraska Workers' Compensation Court cannot provide legal advice. Court staff may not complete the forms for you.**

**Nebraska Workers' Compensation Court**  
<https://www.newcc.gov/>  
[general@newcc.gov](mailto:general@newcc.gov)  
800-599-5155 or 402-471-6468

**Revised July 2023**



# Compensación para Trabajadores de Nebraska

## ¿Qué es la compensación para trabajadores?

Si un empleado se lesiona por accidente o enfermedad laboral que surja a causa de y durante el curso de su empleo, éste puede tener derecho a prestaciones de compensación para trabajadores. El seguro de compensación para trabajadores cubre el riesgo de que un empleado se lesione en el trabajo. La compensación para trabajadores es diferente y está separada de la compensación por desempleo, las prestaciones por discapacidad del Seguro Social, el seguro médico y de accidentes u otros planes de prestaciones por discapacidad proporcionados por el empleador.

La Ley de Compensación para Trabajadores de Nebraska (la Ley) se encuentra en la Sección (§) 48-101 a § 48-1,118 de los Estatutos Modificados de Nebraska (leyes citadas como "NEB. REV. STAT."). Esta ley proporciona la única vía para que los empleados obtengan prestaciones de su empleador por sus lesiones relacionadas con el trabajo.

## ¿Quién está cubierto por la compensación para trabajadores de Nebraska?

La ley se aplica a la mayoría de los empleados. No se aplica a los contratistas independientes. La mayoría de los empleadores de Nebraska deben tener un seguro de compensación para trabajadores para asegurarse de que la cobertura esté vigente en caso de que los empleados se lesionen mientras trabajan. Las excepciones, tales como para los empleadores federales, se pueden encontrar en NEB. REV. STAT. § 48-106.

## ¿Quién puede tener derecho a las prestaciones?

Un empleado lesionado que está cubierto por la Ley puede obtener prestaciones:

- si la lesión fue causada por un accidente o enfermedad que surgió durante el transcurso de su empleo y la lesión ocurrió en Nebraska,
- si el empleador estaba realizando trabajo en Nebraska o el empleo está en Nebraska, o
- si el empleado fue contratado en Nebraska y el empleador está operando o realizando un trabajo en Nebraska, sin importar que la lesión haya ocurrido en Nebraska o no.

Si un empleado muere como resultado de una lesión relacionada con el trabajo, los dependientes del empleado pueden tener derecho a las prestaciones bajo la Ley.

## ¿Qué prestaciones pueden estar disponibles?

### A. Prestaciones médicas

El empleador o la aseguradora es responsable de pagar todos los servicios médicos y hospitalarios, aparatos, medicamentos recetados, dispositivos protésicos y otros suministros razonables junto con el

millaje que sean necesarios como resultado de una lesión relacionada con el trabajo. Las prestaciones médicas pueden incluir gastos razonables de viaje en algunos casos. Las tarifas de millaje para los viajes permitidos se enumeran en las [Tablas de Beneficios de Compensación Máximo / Mínimo, Prestaciones de Entierro y Tarifas de Reembolso de Millaje](#) en el sitio web del Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska (tribunal).

**Elección de médico.** El empleador debe notificar al empleado que este tiene derecho a elegir a un médico que él o su familia hayan visto como su médico principal. Si el empleado no elige a un médico, el empleador lo puede seleccionar. Puede encontrar más información sobre [cómo elegir a un médico para una lesión relacionada con el trabajo](#) en el sitio web del tribunal.

Un empleador o la aseguradora también puede solicitar que un empleado lesionado sea examinado por un médico elegido por el empleador o la aseguradora con cargo a la empresa.

El empleado debe presentar de inmediato los gastos de atención médica a su empleador o a la aseguradora para su pago.

## **B. Prestaciones por indemnización**

“Indemnity benefits” (also called “disability benefits”) may be paid when an employee misses time from work or suffers permanent effects after a work-related injury. Employees may be entitled to temporary and / or permanent disability benefits.

Las “prestaciones por indemnización” (también llamados “prestaciones por incapacidad”) se pueden pagar cuando un empleado se ausenta del trabajo o sufre efectos permanentes después de una lesión relacionada con el trabajo. Los empleados pueden tener derecho a prestaciones por incapacidad temporal y / o permanente.

### **1. Prestaciones por incapacidad temporal**

Las prestaciones por incapacidad temporal pueden ser para:

- (a) incapacidad total, o
- (b) incapacidad parcial.

**Prestaciones por incapacidad total temporal.** Un empleado puede tener derecho a prestaciones por incapacidad total temporal durante el tiempo que no pueda trabajar como resultado de su lesión. La tasa semanal de beneficios para incapacidad total temporaria estará sujeta a la tasa máxima o mínima de beneficios por semana. Se puede encontrar más información en las [Tablas de Prestaciones de Compensación Máxima / Mínima, Prestaciones de Entierro y Tasas de Reembolso de Millaje](#) en el sitio web del tribunal.

**Prestaciones por incapacidad parcial temporal.** Las prestaciones se pagan cuando el empleado puede regresar al trabajo, pero bajo circunstancias limitadas, como por pocas horas al día o en un trabajo que paga menos que el trabajo que tenía en el momento de la lesión. La tasa semanal de beneficios para incapacidad temporal parcial estará sujeta a la máxima tasa de beneficios por semana. Se puede encontrar más información en las [Tablas de Prestaciones de Compensación Máxima / Mínima, Prestaciones de Entierro y Tasas de Reembolso de Millaje](#) en el sitio web del tribunal.

Las prestaciones de incapacidad temporal por lo general terminan cuando un empleado ha alcanzado la *mejoría médica máxima* o ha sido dado de alta de la atención médica.

Un empleado tiene derecho a beneficios por incapacidad temporal mientras participa en un plan de rehabilitación vocacional aprobado.

## 2. Prestaciones por incapacidad permanente

Las prestaciones por incapacidad permanente pueden ser:

- (a) incapacidad permanente parcial o total de ciertas partes del cuerpo enumeradas en la Ley (lesiones previstas por ley) o,
- (b) incapacidad permanente parcial o total del cuerpo en su conjunto.

**Incapacidad permanente parcial por pérdida de una parte del cuerpo prevista.** Las prestaciones se pagan por la pérdida o la pérdida del funcionamiento de una parte del cuerpo, tal como una pierna o una mano, según el valor que la Ley asigna a varias partes del cuerpo.

**Incapacidad permanente total por pérdida de múltiples partes del cuerpo previstas.** La pérdida total o la pérdida total del funcionamiento de dos partes del cuerpo previstas por ley en un accidente, se considera incapacidad total permanente.

**Incapacidad parcial permanente del cuerpo en su totalidad.** Las prestaciones se pagan por incapacidad permanente que resulta de una lesión en el cuerpo en su totalidad, como el cuello, la espalda o la cabeza. Generalmente, si la parte del cuerpo lesionada no está incluida en la lista de partes del cuerpo previstas por ley, se considera que la lesión es del cuerpo en su totalidad. Por lo general, la compensación por incapacidad parcial permanente para el cuerpo en su totalidad se compensa sobre la base de la pérdida de la capacidad de obtener ingresos. Se puede encontrar más información sobre las [evaluaciones de pérdida de poder adquisitivo en Nebraska](#) en el sitio web del tribunal.

**Incapacidad permanente parcial por pérdida de partes del cuerpo previstas.** Cuando un empleado tiene una lesión en más de una parte del cuerpo prevista, puede solicitar que la compensación se determine en función de la pérdida de la capacidad para obtener ingresos.

**Prestaciones por incapacidad total permanente.** Si un empleado no puede regresar en definitiva a la fuerza laboral como resultado de sus lesiones, es posible que sea acreedor a prestaciones por incapacidad total permanente (PTD, por sus siglas en inglés).

## 3. Prestaciones por fallecimiento

Si la lesión resulta en la muerte del empleado, el cónyuge sobreviviente y otros dependientes reales pueden tener derecho a prestaciones por fallecimiento. Además, es posible que se cubran los gastos del entierro.

## C. Servicios de regreso al trabajo (también conocidos como Prestaciones de Rehabilitación Vocacional)

Puede que un empleado califique para servicios de regreso al trabajo (prestaciones de rehabilitación vocacional), tales como la capacitación formal o la asignación a un trabajo con el mismo empleador o uno nuevo. Los beneficios por incapacidad temporal se pagan mientras un empleado participa en un plan de capacitación formal o de asignación laboral aprobado por el tribunal.

Estos servicios son voluntarios y, si no los ofrece el empleador o la aseguradora, el empleado puede solicitar servicios de rehabilitación vocacional. Un empleado puede comunicarse con su empleador, el representante de reclamos de la aseguradora de su empleador o la sección de Rehabilitación

Vocacional del tribunal para solicitar los servicios de regreso al trabajo. Si se determina que el empleado necesitará servicios de rehabilitación vocacional, un consejero de rehabilitación vocacional certificado por el tribunal puede presentar un plan de servicios de rehabilitación vocacional al tribunal para su aprobación.

Puede encontrar más información sobre los [servicios de regreso al trabajo](#) en el sitio web del tribunal.

### **¿Cuándo pueden comenzar las prestaciones?**

Las prestaciones de indemnización (reemplazo de salario) comienzan el octavo día calendarizado a partir de la incapacidad, después de un período de espera de siete días. Si la incapacidad (ya sea temporal o permanente) continúa durante seis semanas o más, las prestaciones se pagan durante el período de espera. Véase NEB. REV. STAT. § 48-119. En ese caso, las prestaciones por la semana de espera se pagan después de haber transcurrido seis semanas después del accidente.

Las prestaciones médicas pueden iniciar en la misma fecha de la lesión laboral.

Las prestaciones de regreso al trabajo (rehabilitación vocacional) pueden comenzar cuando el empleado tiene una discapacidad o restricciones permanentes y no puede realizar un trabajo adecuado dentro de su capacitación y experiencia.

### **¿Qué debe hacer un empleado cuando se lesiona en el trabajo?**

Un empleado debe notificar a su empleador de cualquier lesión relacionada con el trabajo o enfermedad ocupacional tan pronto como sea posible. Después de una lesión relacionada con el trabajo, el empleado también debe buscar tratamiento para problemas médicos urgentes e informar al médico que se trata de una lesión relacionada con el trabajo.

### **¿Puede un empleado obtener el nombre y la información de contacto de la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador?**

Sí. Esta información se puede obtener comunicándose con el empleador o el tribunal. Las aseguradoras tienen la obligación de informar al tribunal sobre cada póliza de seguro de compensación para trabajadores que emitan. Un pequeño número de empleadores de Nebraska están autoasegurados para la compensación de los trabajadores.

Puede encontrar la cobertura de seguro de compensación para trabajadores de un empleador utilizando la aplicación [Coverage Lookup](#) en el sitio web del tribunal. El sitio web del tribunal también tiene una lista de [empleadores autoasegurados](#).

### **¿Qué debe hacer un empleador después de recibir una notificación de una lesión en el trabajo?**

El empleador debe notificar a su aseguradora de compensación para trabajadores sobre la lesión o enfermedad laboral. El empleador o la aseguradora debe presentar un Primer Informe de Supuesta Lesión o Enfermedad Laboral ante el tribunal dentro de los 10 días posteriores a la fecha del aviso de lesión. El empleado lesionado no es responsable de presentar este informe.



## ¿Cuánto tiempo se tarda en recibir una compensación después de que se informa la lesión?

Los pagos de compensación por salarios perdidos (indemnización) y gastos médicos generalmente se pagan dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la lesión. Sin embargo, el pago de las prestaciones puede retrasarse si se pone en disputa la responsabilidad por el reclamo.

## ¿Qué sucede si las prestaciones no se pagan a tiempo?

Se puede agregar una multa del 50 por ciento a las prestaciones por indemnización por el tiempo de espera si el pago no se realiza dentro de los 30 días posteriores a la notificación de la lesión o la incapacidad. La multa del 50 por ciento se paga si no hay una disputa razonable con respecto al reclamo del empleado por las prestaciones de compensación para trabajadores. Las sanciones por tiempo de espera también pueden aplicarse cuando no se paga la compensación después de 30 días a partir de la emisión de una orden, otorgamiento o sentencia final del tribunal.

## ¿Cuándo se pagan las prestaciones por incapacidad permanente?

Después de que el empleado haya sido dado de alta del tratamiento médico y se haya declarado que ha alcanzado el mayor grado de mejora médica, se pueden pagar beneficios permanentes. El empleador o la aseguradora puede ofrecer el pago en una suma global única o puede pagar beneficios semanales.

## ¿Qué se requiere para que un empleador o aseguradora reciba una exención de responsabilidad?

Según la ley, un empleador o una aseguradora solo queda exento de responsabilidad (obligación legal de pagar los beneficios de compensación para trabajadores) si el empleado y el empleador o la asegurador acuerdan:

- (a) presentar una Solicitud de Liquidación de Suma Global que sea revisada y aprobada por el tribunal,  
o
- (b) presentar una Liberación de Responsabilidad y el tribunal emite una orden de desestimación del caso.

Si el empleado no tiene la representación de un abogado, el tribunal debe revisar el acuerdo para asegurarse de que este sea lo mejor para el empleado.

## ¿Qué puede hacer un empleado si el empleador o aseguradora no paga las prestaciones?

- **Comunicarse con el empleador o la aseguradora.** El empleado o su abogado pueden comunicarse con el empleador o la aseguradora para analizar los beneficios que se pueden obtener. Se puede encontrar el número de teléfono de la aseguradora usando la aplicación [Coverage Lookup](#) en el sitio web del tribunal o llamando a los números de información del tribunal (800-599-5155 o 402-471-6468)
- **Solicitar resolución informal de disputas (mediación).** Cualquier persona involucrada en un reclamo de compensación para trabajadores puede solicitar una resolución informal de disputas

(mediación) para ayudar a resolver un problema o un caso completo sin necesidad de una audiencia formal. Este servicio es gratuito. Para solicitar una resolución informal de disputas, llame al número de información del tribunal (800-599-5155 o 402-471-6468) y pida hablar con el coordinador de mediación o complete el [Formulario de Solicitud de Resolución Informal de Disputas](#) en el sitio web del tribunal. Se puede encontrar más información sobre la [Resolución Informal de Disputas y Mediación](#) en el sitio web del tribunal.

- **Solicitar un examen médico independiente.** El proceso del examinador médico independiente del tribunal puede proporcionar una forma de obtener respuestas imparciales a preguntas sobre la condición médica de un empleado o cuestiones relacionadas cuando existe un desacuerdo. Se puede encontrar más información sobre los [exámenes médicos independientes](#) en el sitio web del tribunal
- **Presentar una Petición.** El empleado o su abogado pueden presentar una petición (demanda) ante el tribunal. Los [formularios de petición](#) se pueden encontrar en el sitio web del tribunal o se pueden obtener a través del secretario del tribunal. Los empleados que se representan a sí mismos en los tribunales están sujetos a los mismos estándares, leyes y reglas que los abogados.

---

Esta información es un producto del Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska (Nebraska Workers' Compensation Court) y se proporciona como un servicio público. No tiene la intención de ser utilizada o interpretada como asesoramiento legal por el Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska. El tribunal no será responsable de ninguna pérdida, lesión o daño directo, especial, incidental o consecuente incurrido como consecuencia, directa o indirecta, del uso o la aplicación del contenido de este documento. Para más información, puede dirigirse al tribunal; sin embargo, tenga en cuenta que el personal del tribunal no puede proporcionar asesoramiento u opiniones legales.

Preguntas generales pueden dirigirse a la línea de información del tribunal o puede ponerse en contacto con el tribunal por correo electrónico desde el sitio web del tribunal. **Preguntas sobre casos específicos deben dirigirse a un abogado privado, ya que el Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska no puede proporcionar asesoramiento jurídico. El personal del tribunal no puede rellenar los formularios por usted.**

**Nebraska Workers' Compensation Court**  
<https://www.newcc.gov/>  
[general@newcc.gov](mailto:general@newcc.gov)  
800-599-5155 or 402-471-6468

**Revisado en julio de 2023**



# Choosing a Doctor for a Work-Related Injury — Rule 50

**NOTE:** The rights to choose and change doctors are governed by statute and rules. This is a simplified explanation of those rights. Please refer to Nebraska Revised Statutes (laws, written as “NEB. REV. STAT.”) Section (§) 48-120 and Nebraska Workers’ Compensation Court Rules 49, 50, and 56 for more information.

## ***If you are the EMPLOYEE:***

Tell your employer as soon as possible when you have an injury at work. After you report a work injury, your employer should tell you about your right to choose a primary treating doctor to treat you for that injury (“doctor” means a person licensed to practice medicine and surgery, osteopathic medicine, chiropractic, podiatry, or dentistry). You may use the court’s Form 50, *Choice of Doctor*, to tell the employer your choice of doctor. Your employer should provide you with this form.

*If your employer does tell you about your right to choose a primary treating doctor, you may choose ONLY a doctor who has treated you or a member of your family before your injury (“family member” means your spouse, child, parent, stepchild or stepparent). The doctor must have records of that treatment. If your employer asks, you or your family member must give your employer written permission to verify treatment with this doctor.*

If you have such a doctor and want that doctor to treat you for your work injury, you need to *tell your employer the name of the doctor*. Unless it is an emergency, you cannot get any treatment for the work injury until you have given your doctor’s name to your employer. If it is an emergency, get the treatment you need, then tell your employer the name of your doctor.

Your employer can choose the doctor to treat you if:

- you don’t have a family doctor (explained above);
- you don’t tell your employer the name of your family doctor; or
- you refuse to give permission for your employer to verify treatment.

It is best if you give your employer the name of your doctor in writing, which should be done on the Form 50, *Choice of Doctor*, that should be given to you by your employer.

*After your employer tells you about your right to choose a doctor there can be no change in the doctor chosen unless you and your employer agree to the change or the court orders a change. This is true whether you or your employer chose the doctor in the first place. If you are referred to another doctor for special tests or services, this is not a change in doctor.*

*If your employer does not tell you about your right to choose a doctor, you may choose ANY doctor as your treating doctor. In this situation, you are not limited to choosing a doctor who has treated you or a member of your family before your injury.*

*There are other times when you can choose your doctor. You can choose your own doctor to do major surgery, if your injury involves dismemberment, or if your claim is denied.*

*You may have to pay for medical treatment you receive if you do not follow the rules about choosing or changing doctors.*

### ***If you are the EMPLOYER:***

*You must tell the employee about their right to choose a doctor to treat an employee's work injury as soon as you can after you know about an injury. You should use the court's Form 50, *Choice of Doctor*, to tell the employee about these rights. This form is available on the court's website (<https://www.newcc.gov/>).*

*You may choose the doctor if, after telling the employee about the right to choose:*

- no doctor has treated the employee or a member of the employee's family before the work injury;
- or the employee does not select a doctor who has records of such treatment;
- or you are refused the authorization needed to verify such prior treatment, if you ask for it.

**NOTE:** You must allow the employee a reasonable amount of time to choose the doctor.

*After telling the employee about the right to choose, there can be no change in doctor unless you and the employee agree or the court orders a change. This is true whether you or your employee chose the doctor. If the employee is referred to another doctor for special tests or services, this is not a change in doctor.*

*Even if you tell the employee about the right to choose and then you get to choose the doctor, there are times when the employee is free to choose a doctor. The employee can choose the doctor:*

- to do major surgery;
- if the injury involves dismemberment; or
- if the claim is denied.

*If you do not tell the employee about the right to choose the doctor, the employee can then choose ANY doctor to provide treatment for the work injury.*

## ***Common questions asked by employees:***

### **Can my employer make me see a doctor other than the one I've chosen to treat me?**

Your employer cannot make you get *treatment* from another doctor. However, your employer or their insurance company can ask you to see another doctor of their choice for an *examination*. This doctor will not start treating you; it will just be an examination. If you unreasonably refuse to submit to the examination, you may not get benefit payments for the time you refuse to be seen. You may be asked to see more than one doctor for other examinations.

### **What if I want to change my primary treating doctor?**

If the doctor has been chosen **AFTER** your employer told you of your rights, you can't change doctors unless your employer agrees or the court orders a change. If you want to change, talk to your employer about the reasons. If your employer agrees, you may change doctors.

### **What if my employer wants me to change doctors?**

If the doctor has been chosen **AFTER** your employer told you of your rights, you can't be made to change your doctor unless you agree or unless the court orders you to change.

### **What if it is an emergency?**

If you have a medical emergency, see any doctor as soon as you can. The rules about choosing a doctor don't apply until after the emergency is over. If you need more treatment, the rules to choose or change your doctor will apply.

### **What if my employer or the insurer has a managed care plan?**

You can still choose a doctor, but it must be one who has treated you or a family member before your injury. Your doctor must agree to the rules of your employer's managed care plan. If you don't have a doctor, you may choose among the doctors signed up with your employer's managed care plan.

### **What if my employer won't agree to let me change doctors?**

You can ask for Informal Dispute Resolution (IDR), also known as mediation, from the court. Before you ask for mediation, you must first try to get your employer to agree to your request to change doctors. If this doesn't work, you or your employer can ask for help through the court's mediation process. A court staff member will try to help you and your employer come to an agreement. If mediation doesn't work, you have the option to file a motion or petition (lawsuit) with the court for a judge to decide the matter. More information about the IDR process and other dispute resolution options is available on our website (<https://www.newcc.gov/>).

### **What if my employer doesn't tell me about my rights to choose a doctor?**

***You may choose ANY doctor to treat you.***

---

This publication is a product of the Nebraska Workers' Compensation Court and is provided as a public service. It is not intended to be used or construed as legal advice by the Nebraska Workers' Compensation Court. The court will not be liable for any loss, injury, or direct, special, incidental or consequential damage incurred as a consequence, directly or indirectly, of the use or application of the contents herein. Further inquiries may be directed to the court; however, please note court staff may not provide legal advice or opinions.

General questions may be directed to the court's information line at **800-599-5155 or 402-471-6468** or you may contact the court by email from the court's website (<https://www.newcc.gov/>). **Case-specific questions should be directed to a private lawyer, as the Nebraska Workers' Compensation Court cannot provide legal advice. Court staff may not complete the forms for you.**

**Nebraska Workers' Compensation Court**  
**P.O. Box 98908**  
**Lincoln, NE 68509-8908**  
**800-599-5155 or 402-471-6468**  
**<http://www.newcc.gov/>**

**Revised April 2023**





# **Elección de un Médico para una Lesión Relacionada con el Trabajo — Regla 50**

**NOTA:** Los derechos a elegir y cambiar de médico se rigen por estatuto y reglamento. Esta es una explicación simplificada de esos derechos. Por favor refiérase a los Estatutos Revisados de Nebraska (leyes, escritas como "NEB. REV. STAT.") Sección (§) 48-120 y las Reglas del Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska 49, 50, y 56 para más información.

## ***Si usted es el(la) EMPLEADO(A) / TRABAJADOR(A):***

Informe a su empleador lo antes posible cuando sufra una lesión en el trabajo. Después de que usted reporte una lesión laboral, su empleador debe comunicarle su derecho a elegir un médico de cabecera para que lo trate por esa lesión ("médico" significa una persona con licencia para practicar medicina y cirugía, medicina osteopática, quiropráctica, podología u odontología). Puede utilizar el Formulario 50 del tribunal, *Elección de Médico (Choice of Doctor)*, para notificar al empresario su elección de médico. Su empleador debe proporcionarle este formulario.

*Si su empleador le informa de su derecho a elegir un médico de cabecera / medico familiar, SÓLO puede elegir un médico que le haya tratado a usted o a un miembro de su familia antes de la lesión* ("miembro de la familia" significa su cónyuge, hijo(a), padre / madre, hijastro(a) o padrastro / madrastra). El médico debe tener registros de ese tratamiento. Si su empresa se lo solicita, usted o su familiar deben autorizar por escrito a su empresa el verificar el tratamiento con este médico.

Si tiene un médico de este tipo y desea que ese médico lo trate por su lesión laboral, *debe informarle a su empleador el nombre del médico*. A menos que sea una emergencia, no puede obtener ningún tratamiento para la lesión laboral hasta que le haya dado el nombre de su médico a su empleador. Si es una emergencia, obtenga el tratamiento que necesita, luego dígame a su empleador el nombre de su médico.

Su empleador puede elegir al médico que lo tratará si:

- usted no tiene un médico de cabecera (explicado anteriormente);
- usted no le dice a su empleador el nombre de su médico de cabecera; o
- usted se niega a dar permiso para que su empleador verifique el tratamiento.

Lo mejor es que le dé a su empleador el nombre de su médico por escrito, lo cual debe hacerse en el formulario 50, *Elección de Médico (Choice of Doctor)*, que debe entregarle su empleador.

*Después de que su empleador le informe sobre su derecho a elegir un médico, no puede haber ningún cambio en el médico elegido* a menos que usted y su empleador estén de acuerdo con el cambio o el tribunal ordene un cambio. Esto es cierto ya sea que usted o su empleador elijan al médico en primer lugar. Si le refieren a otro médico para exámenes o servicios especiales, esto no significa un cambio de médico.

*Si su empleador no le informa de su derecho a elegir médico, puede elegir a CUALQUIER médico como médico tratante. En esta situación, no está limitado a elegir un médico que le haya tratado a usted o a un miembro de su familia antes de su lesión.*

*Hay otras ocasiones en las que puede elegir a su médico. Puede elegir su propio médico para realizar una cirugía mayor, si su lesión implica desmembramiento, o si su reclamación es denegada.*

*Puede que tenga que pagar por el tratamiento médico que reciba si no sigue las normas sobre la elección o el cambio de médico.*

## ***Si usted es el EMPLEADOR:***

*Usted debe comunicar al empleado(a) / trabajador(a) su derecho a elegir un médico para tratar una lesión laboral del empleado(a) tan pronto como pueda después de enterarse de la lesión. Debe utilizar el Formulario 50 del tribunal, Elección de Médico (Choice of Doctor), para informar al empleado(a) sobre estos derechos. Este formulario está disponible en el sitio web del tribunal (<https://www.newcc.gov/>).*

*Puede elegir el médico si, después de informar al empleado(a) sobre el derecho de elección:*

- *ningún médico ha tratado al empleado(a) o a un miembro de la familia del empleado(a) antes del accidente de trabajo;*
- *o el empleado(a) no selecciona un médico que tenga registros de dicho tratamiento;*
- *o se le deniega la autorización necesaria para verificar dicho tratamiento previo, si usted lo solicita.*

**NOTA:** *Debe conceder al empleado(a) un tiempo razonable para elegir el médico.*

*Después de informar al empleado(a) sobre su derecho a elegir, no puede haber cambio de médico a menos que usted y el empleado(a) se pongan de acuerdo, o que el tribunal ordene un cambio. Esto es así ya sea que usted o que su empleado(a) elijan al médico. Si el empleado(a) es derivado(a) a otro médico para que le haga exámenes o servicios especiales, esto no significa un cambio de médico.*

*Aunque se le comunique al empleado(a) el derecho a elegir y luego se elija el médico, hay veces que el empleado(a) es libre de elegir un médico. El empleado(a) puede elegir al médico:*

- *para realizar una cirugía mayor;*
- *si la lesión implica desmembramiento; o*
- *si la reclamación es denegada.*

*Si no se informa al empleado(a) de su derecho a elegir el médico, el empleado(a) puede elegir a CUALQUIER médico para el tratamiento del accidente de trabajo.*

## **Preguntas más frecuentes de los empleados:**

### **¿Puede mi empleador obligarme a acudir a un médico distinto del que he elegido para que me atienda?**

Su empresa no puede obligarle a recibir *tratamiento* de otro médico. Sin embargo, su empresa o su compañía de seguros pueden pedirle que acuda a otro médico de su elección para que le *examine*. Este médico no empezará a tratarle; será sólo un examen. Si se niega injustificadamente a someterse al examen, es posible que no reciba el pago de las prestaciones por el tiempo que se niegue a ser atendido. Es posible que se le pida que acuda a más de un médico para otros exámenes.

### **¿Qué pasa si quiero cambiar de médico de cabecera?**

Si el médico ha sido elegido DESPUÉS de que su empleador le haya informado de sus derechos, no puede cambiar de médico a menos que su empleador esté de acuerdo o que el tribunal ordene el cambio. Si quiere cambiar, hable con su empleador sobre los motivos. Si su empresa está de acuerdo, puede cambiar de médico.

### **¿Y si mi empresa quiere que cambie de médico?**

Si el médico ha sido elegido DESPUÉS de que su empleador le haya informado de sus derechos, no se le puede obligar a cambiar de médico a menos que usted esté de acuerdo o que el tribunal le ordene el cambio.

### **¿Qué pasa si se trata de una emergencia?**

Si tiene una emergencia médica, acuda a cualquier médico tan pronto como pueda. Las reglas para elegir un médico no se aplican hasta que la emergencia haya terminado. Si necesita más tratamiento, se aplicarán las normas para elegir o cambiar de médico.

### **¿Qué pasa si mi empleador o la aseguradora tiene un plan de atención administrada?**

Puede seguir eligiendo un médico, pero debe ser uno que le haya tratado a usted o a un familiar antes de su lesión. Su médico debe aceptar las normas del plan de atención administrada de su empresa. Si no tiene un médico, puede elegir entre los médicos inscritos en el plan de atención administrada de su empresa.

### **¿Qué pasa si mi empleador no acepta dejarme cambiar de médico?**

Puede solicitar al tribunal la Resolución Informal de Conflictos (IDR), también conocida como mediación. Antes de solicitar la mediación, debe intentar que su empresa acepte su solicitud de cambio de médico. Si esto no funciona, usted o su empleador pueden pedir ayuda a través del proceso de mediación del tribunal. Un funcionario del tribunal tratará de ayudarle a usted y a su empleador a llegar a un acuerdo. Si la mediación no funciona, tiene la opción de presentar una moción o petición (demanda) ante el tribunal para que un juez decida el asunto. Para más información sobre el proceso IDR y otras opciones de resolución de conflictos disponibles, consulte nuestra página web (<https://www.newcc.gov/>).

## **¿Qué pasa si mi empleador no me informa de mis derechos de elección de médico?**

***Usted puede elegir a CUALQUIER médico para que le atienda.***

---

Esta publicación es un producto del Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska (Nebraska Workers' Compensation Court) y se proporciona como un servicio público. No tiene la intención de ser utilizada o interpretada como asesoramiento legal por el Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska. El tribunal no será responsable de ninguna pérdida, lesión o daño directo, especial, incidental o consecuente incurrido como consecuencia, directa o indirecta, del uso o la aplicación del contenido de este documento. Para más información, puede dirigirse al tribunal; sin embargo, tenga en cuenta que el personal del tribunal no puede proporcionar asesoramiento u opiniones legales.

Preguntas generales pueden dirigirse a la línea de información del tribunal al **800-599-5155 o 402-471-6468** o puede ponerse en contacto con el tribunal por correo electrónico desde el sitio web del tribunal (<https://www.newcc.gov/>). **Preguntas sobre casos específicos deben dirigirse a un abogado privado, ya que el Tribunal de Compensación para Trabajadores de Nebraska no puede proporcionar asesoramiento jurídico. El personal del tribunal no puede rellenar los formularios por usted.**

**Nebraska Workers' Compensation Court**

**P.O. Box 98908**

**Lincoln, NE 68509-8908**

**800-599-5155 or 402-471-6468**

**<http://www.newcc.gov/>**

**Revisado en abril de 2023**

# NOTICE OF EMPLOYEE'S RIGHT TO CHOOSE A DOCTOR

For questions about this form or workers' compensation in general, contact the Nebraska Workers' Compensation Court at 800-599-5155 (toll free) or 402-471-6468, or by email at [general@newcc.gov](mailto:general@newcc.gov). Additional information is available on the court's website at <https://www.newcc.gov/>.

**NOTICE TO EMPLOYER:** Give this form to the injured worker as soon as possible **AFTER** each injury.

## EMPLOYEE MAY CHOOSE

When you are injured at work, you may have the right to choose a doctor to treat you. See Neb. Rev. Stat. § 48-120 and Neb. Workers' Comp. R. 49, 50 and 56.

If your employer gives you notice of this right following the accident, your choice of doctor is limited to a doctor who has treated you or an immediate family member before the injury.

- You must choose as soon as possible after your employer gives you this notice.
- If you have such a doctor and want that doctor to treat you for your work injury, you must tell your employer the name of the doctor.
- You can use the *Choice of Doctor Designation Form* below to record the name of the doctor you choose.
- Immediate family members are your spouse, children, parents, stepchildren, and stepparents.
- If your employer asks, you or your family member must give your employer written permission to verify prior treatment.

If it is an emergency, get the treatment you need, then tell your employer the name of your doctor.

You may choose any doctor to perform major surgery or an amputation, if that treatment is recommended.

Once you choose your doctor, you may not change doctors unless your employer agrees or the Nebraska Workers' Compensation Court orders a change. The chosen doctor may provide a referral for medical services. A referral by the chosen doctor is not a change.

If your claim is denied, you may choose any doctor. You will be responsible for the medical bills unless your employer is later found liable for the claim.

If you choose a doctor outside the community where you live or work, and a doctor is available in a closer community, you will not receive mileage reimbursement.

## EMPLOYER MAY CHOOSE

If you were notified, but do not choose a doctor who treated you or a family member before the accident, YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.

If you were notified, but you or your family member do not give permission for your employer to verify prior treatment with the doctor you choose, YOUR EMPLOYER HAS THE RIGHT TO CHOOSE YOUR DOCTOR.

## EMPLOYEE CONFIRMATION OF NOTICE

My employer has informed me of the right to choose a doctor.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE NAME]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE OF NOTICE]

## EMPLOYER CONFIRMATION OF NOTICE

I have informed my employee of the right to choose a doctor.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYER REPRESENTATIVE NAME]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYER REPRESENTATIVE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE OF NOTICE]

## CHOICE OF DOCTOR DESIGNATION FORM

I choose the following doctor to treat me for the work-related injury I had on \_\_\_\_\_. I certify that this doctor has treated me or an immediate family member before the work-related injury. [DATE OF INJURY]

\_\_\_\_\_  
[DOCTOR NAME]

\_\_\_\_\_  
[DOCTOR ADDRESS, IF KNOWN]

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE]

**OR** (Indicate your reason(s) for not choosing a doctor)

I do not have a doctor who has treated me or an immediate family member before this injury.

I have received notice of my right to choose a doctor, but I do not wish to choose a doctor who has treated me or an immediate family member.

\_\_\_\_\_  
[EMPLOYEE SIGNATURE]

\_\_\_\_\_  
[DATE]

# NOTIFICACIÓN DEL DERECHO DEL EMPLEADO A ELEGIR UN MÉDICO

Por cualquier pregunta sobre este formulario o cualquier otra pregunta sobre la compensación de trabajadores, comuníquese con La Corte de Compensación de Trabajadores de Nebraska al (número gratuito) 800-599-5155 o 402-471-6468, o por correo electrónico al [general@newcc.gov](mailto:general@newcc.gov). Para más información, visite la página web de la corte <https://www.newcc.gov/>.

**NOTIFICACIÓN AL EMPLEADOR:** Entréguele este formulario al trabajador lesionado tan pronto como sea posible **DESPUÉS** de cada lesión.

## EL EMPLEADO PUEDE ELEGIR

Cuando Ud. sufra una lesión laboral, puede que tenga el derecho a elegir el médico que lo trate. Consulte, el Estatuto Revisado de Nebraska § 48-120 y Reglas de La Compensación de Trabajadores de Nebraska 49, 50 y 56.

Si su empleador le notifica de este derecho después del accidente, la elección que tiene Ud. está limitada a un médico que ha tratado o bien a Ud. o a un familiar cercano antes de la lesión.

- Ud. debe de hacer su elección tan pronto como sea posible después de que su empleador le dé esta notificación.
- Si Ud. tiene tal médico y quiere que ese médico le trate su lesión laboral, debe de decirle al empleador el nombre del médico.
- Ud. puede utilizar el *Formulario de Nombramiento de Médico Elegido* a continuación para registrar el médico que Ud. elige.
- Los familiares cercanos incluyen su esposo/a, hijos, padres, hijastros y padrastrós.
- Si su empleador se lo pide, Ud. o su familiar debe de entregarle permiso escrito para verificar tratamiento previo.

Si es una emergencia, reciba el tratamiento que necesite, y luego dígame a su empleador el nombre de su médico.

Ud. puede elegir cualquier médico para operarle en una cirugía mayor o amputación si ese tratamiento está recomendado.

Una vez elegido el médico, no se le permite cambiar de médicos a no ser que su empleador esté de acuerdo o si el Tribunal de Compensación de Trabajadores ordene tal cambio. El médico elegido puede dar una referencia para los servicios médicos. No constituye un cambio de médicos si el médico elegido le deriva a Ud. a otro médico.

Si se le niega el reclamo, Ud. puede elegir cualquier médico. Ud. será responsable por los gastos médicos a no ser que se le responsabilice a su empleador por el reclamo en un momento futuro.

Si Ud. elige un médico fuera de la comunidad en la que vive o trabaja y se encuentra disponible un médico en una comunidad más cercana, Ud. no recibirá reembolso por millaje.

## EL EMPLEADOR PUEDE ELEGIR

Si Ud. fue notificado pero no elige un médico que ha tratado a Ud. o a un familiar antes del accidente, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

Si Ud. fue notificado pero Ud. o su familiar no le da permiso al empleador para que verifiquen tratamiento previo con el médico que Ud. elige, entonces SU EMPLEADOR TIENE EL DERECHO A ELEGIR EL MÉDICO.

## CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

Mi empleador me ha notificado del derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

## CONFIRMACIÓN DE NOTIFICACIÓN DEL EMPLEADOR

Yo le he informado a mi empleado de su derecho a elegir un médico.

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR]

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE NOTIFICACIÓN]

## FORMULARIO DE NOMBRAMIENTO DE MÉDICO ELEGIDO

Yo elijo que el siguiente médico me trate por la lesión laboral que sufrí el \_\_\_\_\_. Doy fe de que este médico ha tratado o bien a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión laboral.

\_\_\_\_\_  
[FECHA DE LESIÓN]

\_\_\_\_\_  
[NOMBRE DEL MÉDICO]

\_\_\_\_\_  
[DIRECCIÓN DEL MÉDICO, SI SE SABE]

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]

(Marque la(s) razón(es) por no elegir un médico)

No hay médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano antes de esta lesión.

He recibido notificación de mi derecho a elegir un médico pero no deseo elegir un médico que ha tratado o a mí o a un familiar cercano.

\_\_\_\_\_  
[FIRMA DEL EMPLEADO]

\_\_\_\_\_  
[FECHA]





Claim Number/Número de Reclamo

Date of Injury / Fecha de la Lesión

Employee/Empleado

Date of Birth / Fecha de Nacimiento

I hereby authorize the divisions of Berkshire Hathaway Homestate Companies, their representative or bearer, to review, inspect, copy, and/or photograph any and all of the following documents:

Por este medio autorizo las divisiones de Berkshire Hathaway Homestate Companies, su representante o portador, a revisar, inspeccionar, copiar, y/o fotografiar cualquier y todo de los siguientes documentos:

- 1 Any and all medical records, including but not limited to office and hospital records, laboratory results, diagnostic reports and films, psychiatric records, medical correspondences, doctor's and nurse's notes, and medical histories relevant to my workers' compensation claim. I also hereby give permission to Berkshire Hathaway Homestate Company representatives to contact the attending physicians involved in the treatment of all related conditions.

Cualquier y todo expediente médico, incluyendo pero no limitado, a los expedientes de la oficina y hospitales, resultados de laboratorios y filmas, expedientes psiquiátricos, correspondencia médica, notas de los doctores y enfermeros(as), e historiales médicos relevantes a mi reclamo de compensación de trabajadores. También, por este medio le doy permiso a los representantes de Berkshire Hathaway Homestate Company para comunicarse con el médico tratante envuelto en el tratamiento de todas las condiciones relacionadas.

- 2 All employment and human resource information including but not limited to: hiring and employment records, payroll and income statements, documentation related to this or any other relevant injury and any other information pertinent to providing benefits and services necessary for the completion of this claim.

Toda información del empleo y de recursos humanos, incluyendo pero no limitado a: expedientes de contratación y empleo, declaraciones de nómina e ingresos, documentación relacionada a esta o cualquier otra lesión relevante, y cualquier otra información pertinente que provea los beneficios y servicios necesarios para completar este reclamo.

The released information is required for the following reasons:

La información liberada es requerida por las siguientes razones:

- 1 To provide for adequate preparation, investigation, evaluation, review, and discovery of a claim for workers compensation benefits. Specifically, to determine the causation and the nature and extent of any possible pre-existing, concurrent or aggravating medical conditions with potential medical, legal, or factual implications in the this work-related injury or injuries.

Para proporcionar una preparación, investigación, evaluación, revisión, y descubrimiento adecuado del reclamo de beneficios de compensación de trabajadores. Específicamente, para determinar la causa y la naturaleza y extensión de cualquier posible condición médica pre-existente, concurrente o agravante con potencial médico, legal, o implicaciones fácticas en esta lesión o lesiones relacionadas al trabajo.

- 2 To provide the treating physician, consultant or evaluator with medical information necessary to provide you with the best possible medical care and medical advice.

Para proporcionar al médico tratante, consultor, o evaluador con la información médica necesaria para proporcionarle el mejor cuidado médico posible y consejería médica.



- 3 To facilitate recovery of all benefits paid toward your workers' compensation claim from any third party responsible for this injury.  
Para facilitar la recuperación de todos los beneficios pagados por su reclamo de compensación de trabajadores de cualquier tercer parte responsable de esta lesión.
- 4 To ensure that you are accurately compensated for any amount of lost wages, time or resources while undergoing evaluation, treatment and recovery for this injury.  
Para asegurar que usted se encuentra compensado correctamente por cualquier cantidad de salarios, tiempo, o recursos perdidos mientras se somete a la evaluación, tratamiento, y recuperación de esta lesión.
- 5 To obtain any information necessary to appropriately determine further actions as a result of the injury or condition and to prevent further issues for you and other employees.  
Para obtener cualquier información necesaria para determinar apropiadamente acciones adicionales como resultado de la lesión o condición, y para prevenir problemas adicionales para usted y otros empleados.
- 6 This consent and authorization is effective immediately, and is subject to revocation by the undersigned at any time except to the extent that action has been taken in reliance hereon, and if not earlier revoked, it shall terminate on conclusion of the claim without express revocation.  
Este consentimiento y autorización es efectivo inmediatamente, y está sujeto a la revocación del abajo firmante en cualquier momento excepto a la extensión en que se hayan tomado acciones en dependencia con esto de aquí en adelante, y si no es revocado anteriormente, terminará con la conclusión del reclamo si no se presenta una revocación expresa.  
A copy or fax is as valid as the original.  
Una copia o fax es tan válida como el original.

Names, Addresses, and Phone Numbers of Providers/Nombres, direcciones, y números de teléfonos de los proveedores

I have read this authorization and fully understand its entire contents. I have asked questions about anything that was not clear to me and I am satisfied with the answers I have received. I understand that I have a right to receive a copy of this authorization upon my request.

He leído esta autorización y entendido completamente su contenido en su totalidad. He hecho preguntas sobre todo lo que no estaba claro para mí y estoy satisfecho con las contestaciones que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización una vez lo solicite.

Signature/Firma

Date/Fecha





# Medical History Request

Employee Name

Date of Injury

Employer Name

Completion Date

Please complete this form by providing your medical history for the past 5 years. This will help ensure that we are able to provide all of your medical records to your current treating physician for you to receive the proper care for your work injury.

Thank you for your cooperation.

## Past Injuries, Disabilities, or Other Medical Conditions

### Hospitalizations

Hospital Name & Address	Phone	Date(s) Admitted

### Treating Physicians or Groups

Doctor or Group Name, Address	Phone	Dates of Treatment



# Employee Incident Report

This form should be filled out by the injured employee.

Name

Employer Name

Date of Incident

Time of incident

Time you began work on day of incident

Address of Incident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

How did the injury occur? What job duties were you performing? Please describe in your own words.

What part(s) of your body was injured (indicating right and/or left)?

Have you sought any medical treatment for these injuries? If so, specify where and when.

Have you ever injured this part of your body before (yes or no)? If so, please describe how and when the previous injury(s) occurred.

What witnesses were present when the incident occurred? Please provide names if applicable.

Who did you report the injury to? When was the injury reported? Please provide name(s) and job title(s).

What did you do after the incident occurred?

The above form is true and correct.

Signature

Date Completed

# Informe de Incidente del Empleado

A ser completado por el trabajador lesionado.



Nombre del empleado

Nombre del empleador

Fecha del incidente

Hora del incidente

Hora en que usted empezó a trabajar el día del incidente

Dirección del Incidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del sitio? (S/N)

¿Cómo ocurrió la lesión? ¿Qué deberes del trabajo estaba desempeñando? Por favor, describa en sus propias palabras.

¿Qué parte(s) de su cuerpo resultó(aron) lesionada(s) (indicando derecha y/o izquierda)?

¿Ha buscado algún tratamiento médico para estas lesiones? Si es así, especifique dónde y cuándo.

¿Se ha lesionado anteriormente alguna vez esta parte de su cuerpo (sí o no)? Si es así, por favor, describa cómo y dónde ocurrió(eron) la(s) lesión(es) anterior(es).

¿Qué testigos estuvieron presentes cuando ocurrió el incidente? Por favor, proporcione nombres si es aplicable.

¿A quién informó la lesión? ¿Cuándo fue informada la lesión? Por favor, proporcione nombre(s) y puesto(s).

¿Qué hizo después de ocurrido el incidente?

El informe anterior es verdadero y correcto.

Firma

Fecha En Que Se Completó El Formulario

# Supervisor's Report of Employment Incident



Employee Name

Employer Name

Date of Incident

Time of incident

Time the employee began work on day of incident

Did the employee report the incident immediately?

Address of Incident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

How did the injury occur? What job duties was the employee performing?

What part(s) of the employee's body were reported as injured?

Has the employee sought any medical treatment for these injuries? If so, specify where and when.

What witnesses were present when the incident occurred (including self)?

Do you have any reason to question the legitimacy of the incident? If so, please explain:





# Supervisor's Report of Employment Incident

Indicate working conditions present that led to incident (please check all that apply)

Unused/unavailable lifting equipment

Obstructed view

Interaction with patient or resident

Unused/unavailable PPE (gloves, hardhat, goggles, etc.)

Lack of training

Interaction with customer

Unused/unavailable sharps container

Wet/slippery floor

Chemical exposure

Unguarded or improperly guarded equipment

Poor housekeeping

Motor vehicle incident

Electrical exposure

Interaction with co-worker

Other:

What changes could be made to eliminate or reduce the hazard(s) identified above?

The above form is true and correct.

Prepared by

Signature

Date Completed

# Informe de Incidente del Supervisor



Nombre del empleado

Nombre del empleador

Fecha del incidente

Hora del incidente

Fecha en que se informó el incidente

¿Informó el empleado el incidente inmediatamente?

Dirección del Incidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del sitio? (S/N)

¿Cómo ocurrió la lesión? ¿Qué deberes del trabajo estaba desempeñando el empleado?

¿Qué parte(s) del cuerpo del empleado se informaron como lesionadas?

¿Ha buscado el empleado algún tratamiento médico para estas lesiones? Si es así, especifique dónde y cuándo.

¿Qué testigos estuvieron presentes cuando ocurrió el incidente (incluyendo él mismo)?

¿Tiene usted alguna razón para dudar de la legitimidad del incidente? Si es así, por favor, explique:



## Informe de Incidente del Supervisor

Indique las condiciones de trabajo presentes que conllevaron al incidente (por favor, marque todas las que apliquen).

Equipo para levantar no usado/no disponible

Vista obstruida

Interacción con paciente o residente

PPE (guantes, casco, gafas, etc.) no usado/no disponible

Falta de capacitación

Interacción con cliente

Contenedor de objetos punzantes no usado/no disponible

Herramientas o equipo defectuosos

Exposición a producto químico

Equipo no resguardado o incorrectamente resguardado

Piso mojado/resbaloso

Incidente de vehículo motorizado

Exposición eléctrica

Mala limpieza

Other:

Interacción con compañero de trabajo

¿Qué cambios se pueden realizar para eliminar o reducir el(los) peligro(s) identificado(s) anteriormente?

El informe anterior es verdadero y correcto.

Elaborado por

Puesto

Fecha de elaboración:



# Witness' Report/Statement of Employee Incident

Employee Name

Witness' Name

Witness' Phone Number

Witness' Address

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

Date of Incident

Time of incident

Address of Incident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)

Did you witness the above-reported incident? If so, how did the injury occur? What job duties was the employee performing?

What part(s) of the employee's body were injured? Describe the type of injury (strain, bruise, etc.)

What did the injured employee say at the time of injury? Did the injured employee complain of pain at the time of injury? If they complained of pain, please specify the body part(s).

What did the employee do after the incident occurred?

Were any other witnesses present at the time of the incident? If so, please list them below.

The above form is true and correct.

Witness' Signature

Date Completed

# Informe de Incidente del Testigo



Nombre del Empleado

Nombre del Testigo

Teléfono del Testigo

Dirección del Testigo

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del Lugar de Trabajo? (Si/No)

Fecha Del Incidente

Hora del incidente

Dirección del incidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del Lugar de Trabajo? (Si/ No)

¿Presenció el incidente? Si es así, ¿cómo ocurrió? ¿Qué deberes laborales estaba realizando el empleado?

¿Qué parte(s) del cuerpo del empleado resultaron lesionadas? Describa el tipo de lesión (tensión, moretón, etc.)

¿Qué dijo el empleado lesionado en el momento de la lesión? ¿El empleado lesionado se quejó de dolor en el momento de la lesión? Si se quejaron de dolor, especifique la(s) parte(s) del cuerpo(s).

¿Qué hizo el empleado después de que ocurrió el incidente?

¿Había otros testigos presentes en el momento del incidente? Si es así, por favor escríbalos aquí.

La forma anterior es verdadera y correcta.

Firma del Testigo

Fecha

# Insurance Fraud Leaves a Paper Trail

## Insurance Fraud Types:

### Agent

- Fake Policy or Card
- Pocketing Premiums

### Auto Bodily Injury

- Fake or Inflated Injury
- Staged Accident

### Auto Property

- Inflated or Prior Damage
- Past Posting
- Staged Theft

### General Liability

- Slip and Fall

### Homeowner

- Falsified Documents
- Inflated Claim or Injury
- Phony Theft or Vandalism

### Life

- Faked Death
- Forged Policy
- Murder-for-Profit

### Medical Health

- Billing/Coding
- False Treatment
- False Documents
- Unnecessary Treatment

### Workers' Compensation

- Double-Dipping
- Injury Unrelated to Work
- Malingering



## Insurance Fraud is a CRIME!

**I**nsurance company investigators, law enforcement, and the Nebraska Department of Insurance are getting tough on insurance fraud.

**T**hese criminals drive up your insurance premiums. Fight back and report any suspicion of insurance fraud.

**V**iolators of this criminal offense will be subject to vigorous investigation and prosecution to the full extent of the law.

## REPORT FRAUD!

If you have information that could help stop this crime, call the **Insurance Fraud Prevention Division** at the Nebraska Department of Insurance at **(402) 471-2201** or go to **[www.ReportInsuranceFraud.ne.gov](http://www.ReportInsuranceFraud.ne.gov)**.



**NEBRASKA DEPARTMENT OF INSURANCE**





# Insurance Fraud Makes Me Croak

Report all insurance fraud.

Call 402-471-2201

[www.ReportInsuranceFraud.ne.gov](http://www.ReportInsuranceFraud.ne.gov)

Sponsored by the Nebraska Department of Insurance, Fraud Prevention Division

### **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 #:** G3YA

**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 14-day supply or a cost of \$150. 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 G3YA
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!



# \$1000 REWARD

For information leading to the arrest and conviction of any co-worker, health care professional, or the attorney representing a fraudulent workers compensation claim to Berkshire Hathaway Homestate Companies (BHHC)\*.

In most states, it is a felony to make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement in order to obtain workers compensation benefits. BHHC believes that any party engaging in such fraud should be prosecuted to the fullest extent of the law, including jail sentences.

Please do your part to help! Putting criminals out of operation benefits all of us, including keeping your employer's premium rates reasonable.

Call our toll-free fraud hotline immediately  
if you have information on a fraudulent claim.

# 1 (800) 300-JAIL

\*Maximum reward of \$1,000 per conviction. In the event that more than one individual submits information regarding the same fraudulent claim, BHHC will equally divide the reward among those providing information used in obtaining the conviction. BHHC reserves the right to determine what information, if any, will be provided to the appropriate law enforcement agency. Criminal prosecutions are the sole responsibility of the authorities and may or may not be pursued at their discretion. Any issues regarding the interpretation of this policy shall be resolved by BHHC at their sole discretion. Program subject to change or termination without prior notice.



# \$1000 RECOMPENSA

Información que lleva al arresto y a la condena de cualquier compañero de trabajo, profesional de cuidado medico, o abogado que represente un reclamo fraudulento en contra de Berkshire Hathaway Homestate Companies\*.

En la mayoría de los estados es un delito grave hacer que haga una declaración de material fraudulento para obtener beneficios de Compensación al Trabajador. Berkshire Hathaway Homestate Companies cree que cualquier persona que se involucre en tal fraude debe ser procesado con todo el rigor de la ley, incluyendo SER SENTENCIADO A LA CARCEL.

Ayúdenos de su parte. El poner a estos delincuentes fuera de operaciones nos beneficia a todos, incluso esto ayuda a mantener los réditos bajos de la aseguranza de su empleador.

Si usted tiene información sobre un reclamo fraudulento por favor llame de inmediato a nuestra LINEA GRATUITA DE FRAUDE.

# 1 (800) 300-JAIL

\*La recompensa máxima es de \$1,000 por convicción. En caso de que más de una persona presente informaciones sobre la misma demanda fraudulenta. BerkshireHathaway dividirá la recompensa por partes iguales entre aquellas personas que aportaron informaciones para obtener la convicción. Berkshire Hathaway se reserva el derecho de determinar qué información presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsabilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse or no. Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta oferta será resuelta por la propia Compañía de Seguros Berkshire Hathaway. Este programa está sujeto a cambios a cancelación sin aviso previo.