Berkshire Hathaway
HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division ™

Workers Compensation State Claim Kit

Texas

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division ™

Table of Contents

BHHC TX Claims Kit Introductory Letter - 3/2024 1

BHHC Requirements for TX Posting Notices - 3/2024 2

TX Form Notice to New Employees 4

- English – 1/2013 4
- Spanish– 1/2013 5
- Vietnamese – 3/2013 6

Notice 6 – Notice to Employees Concerning Workers' Compensation in Texas 7

- English - 1/2013 7
- Spanish– 1/2013 9
- Vietnamese – 3/2013 11

Employer's Notice of Ombudsman Program - 9/2022 13

- English 13
- Spanish 14

Employer's Notice Regarding First Responder Liaison to Assist in Workers' Compensation Disputes – 04/2018 15

- English 15
- Spanish 16

Notice 8 – Required Workers Compensation Coverage - 12/2015 17

- English 17
- Spanish 19

Notice 9 – Certain Work-Related Communicable Diseases and Eligibility for Benefits - 12/2015 21

- English 21
- Spanish 23

Employer Welcome Packet – 12/2021 25

TX HCN Employee Notice Packet 27

- English - 12/2021 27
- Spanish - 9/2022 36
- Vietnamese - 9/2022 45

Employee Acknowledgement of Network – 12/2021 54

Table of Contents

TX HCN Employee Notice Acknowledgement Log 55

TX Form – DWC-001 – Employer's First Report of Injury – 10/2005 56

TX Form – DWC-006 – Supplemental Report of Injury – 10/2005 59

TX Form – DWC-003 – Employer's Wage Statement – 10/2005 60

BHHC TX Bona-Fide Offer of Employment Letter Template – 10/2013 64

BHHC Authorization for the Release of Information (English & Spanish) - 8/2023 65

BHHC Medical History Request – 8/2023 67

BHHC General Employee Incident Report - 8/2023 68

- English 68
- Spanish 69

BHHC General Supervisor Incident Report - 8/2023 70

- English 70
- Spanish 72

BHHC General Witness Incident Report - 8/2023 74

- English 74
- Spanish 75

BHHC Express Scripts First Fill Form (English & Spanish) – 02/2025 76

BHHC Workers' Compensation Fraud Posters - 3/2024 78

- English 78
- Spanish 79

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division ™

P.O. Box 881236 San Francisco, CA 94188
(888) 495-8949
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.

Texas state law recommends employers report every industrial injury or occupational disease claim to their workers compensation carrier as soon as possible or within five 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

Phone

(800) 661-6029

Fax

(800) 661-6984

E-mail

newclaim@bhhc.com

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division ™

Workers Compensation Posting Requirements

The Notice to New Employees Handout

- Must be distributed to all employees:
  - At the time of hire (when employee is required to complete W-4 and I-9 forms or, after a break in service, when employee is required to complete W-4 form on the first day the employee reports back to duty)
  - Within 15 days after the date workers' compensation insurance coverage is terminated or canceled
  - Within 15 days after the date workers' compensation insurance coverage takes effect

(Texas. Labor Code § 406.005 and 28 Texas Administrative Code § 110.101)

Notice 6 – Notice to Employees Concerning Workers' Compensation in Texas Poster

- Post in one or more conspicuous places at all business locations
  - Personnel office if any
  - Other locations where employees are likely to see on a regular basis
- Text of form fields must be in at least font size 16

To complete the form, please enter the following information in the spaces provided:

- Your company name
- Name of your designated insurance company (enter in two locations on form)
- Your policy effective date
- Please note, the form fields are designed to populate text meeting the statutory font-size requirement.

(Texas. Labor Code § 406.005 and 28 Texas Administrative Code § 110.101)

Employer's Notice of Ombudsman Program

- Post in one or more conspicuous places at all business locations
  - Personnel office, if any
  - Other locations where employees are likely to be on a regular basis

(28 Texas Administrative Code § 276.5)

Employer's Notice Regarding First Responder Liaison to Assist in Workers' Compensation Disputes

REQUIRED ONLY FOR EMPLOYERS WHO EMPLOY PUBLIC SAFETY WORKERS!

- Post in one or more conspicuous places at all business locations

(28 Texas Administrative Code § 276.5)

Notice 8 – Required Workers' Compensation Coverage Poster

PLEASE NOTE, USE OF THIS POSTER IS ONLY REQUIRED FOR CONTRACTORS ENGAGED IN A BUILDING OR CONSTRUCTION PROJECT FOR A GOVERNMENT ENTITY!

- Regardless of the identity of their employer or status as an employee, coverage includes the following:
  - Persons providing, hauling, or delivering equipment or materials
  - Persons providing labor or transportation or other services related to the project
- Post in one or more conspicuous places at each work site
  - Each version (English and Spanish) must be posted

(28 Texas Administrative Code § 110.110(d)(7))

Notice 9 – Notice Regarding Certain Work-Related Communicable Diseases and Eligibility for Workers' Compensation Benefits

PLEASE NOTE, USE OF THIS POSTER IS ONLY REQUIRED FOR THOSE EMPLOYERS THAT EMPLOY CERTAIN WORK TYPES!

- Only pertains to the following employments
  - Emergency medical services
  - Paramedics
  - Fire fighters
  - Law enforcement officers
  - Correctional officers
- Post in one or more conspicuous places at all business locations
  - Personnel office, if any
  - Other locations where employees are likely to see on a regular basis
  - Each version (English and Spanish) must be posted

(28 Texas Administrative Code § 110.108)

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1645
512-804-4000 telephone • 512-804-4001 fax • www.tdi.texas.gov

YOU MAY USE YOUR OWN LETTERHEAD WITH THE FOLLOWING INFORMATION

Reference Rule 110.101

(a) In addition to the posted notice required by subsection (e) of this section, employers, as defined by Labor Code Section 406.001, shall notify their employees of workers' compensation insurance coverage status, in writing. This additional notice:

(1) shall be provided at the time an employee is hired, meaning when the employee is required by federal law to complete both a W-4 form and an I-9 form or when a break in service has occurred and the employee is required by federal law to complete a W-4 form on the first day the employee reports back to duty;

(2) shall be provided to each employee, by an employer whose workers' compensation insurance coverage is terminated or cancelled, not later than the 15th day after the date on which the termination or cancellation of coverage takes effect;

(3) shall be provided to each employee, by an employer who obtains workers' compensation insurance coverage, not later than the 15th day after the date on which coverage takes effect, as necessary to allow the employee to elect to retain common law rights under Labor Code Chapter 406;

(4) shall include the text required in the posted notice (see rule 110.101 (e)(1), (e)(2), (e)(3), (e)(4) for appropriate language); and

(5) if the employer is covered by workers' compensation insurance (subscriber) or becomes covered, whether by commercial insurance or through self-insurance as provided by the Texas Workers' Compensation Act (Act), shall include the following statement:

NOTICE TO NEW EMPLOYEES

"You may elect to retain your common law right of action if, no later than five days after you begin employment or within five days after receiving written notice from the employer that the employer has obtained workers' compensation insurance coverage, you notify your employer in writing that you wish to retain your common law right to recover damages for personal injury. If you elect to retain your common law right of action, you cannot obtain workers' compensation income or medical benefits if you are injured."

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1645
512-804-4000 telephone • 512-804-4001 fax • www.tdi.texas.gov

YOU MAY USE YOUR OWN LETTERHEAD WITH THE FOLLOWING INFORMATION

Reglamento de Referencia 110.101

(a) Además del aviso que debe ponerse a la vista, el cual es requerido por la sub sección (e) de esta sección, los empleadores, según lo definido por la Sección del Código Laboral 406.001, deberán notificar por escrito a sus empleados sobre el estado de la cobertura de compensación para trabajadores. Además, este aviso:

(1) deberá ser proporcionado al momento en que el empleado es contratado, es decir, cuando la ley federal requiere que el empleado complete el formulario W-4 y el formulario I-9, o cuando haya ocurrido una interrupción en el servicio y la ley federal requiere que el empleado complete el formulario W-4 en el primer día en que el empleado se reporta de regreso a sus deberes;

(2) deberá ser proporcionado a cada empleado, por un empleador cuya cobertura de seguro de compensación para trabajadores ha sido anulada o cancelada, a no más tardar del día 15, después de la fecha en la cual la anulación o cancelación entra en vigor;

(3) deberá ser proporcionado a cada empleado, por un empleador que obtiene una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, a no más tardar del día 15, después de la fecha en la cual la cobertura entra en vigor, según lo necesario para permitir que el empleado opte por conservar su derecho común (common law right, por su nombre en inglés) bajo el Capítulo 406 del Código Laboral;

(4) deberá incluir el texto que es requerido en el aviso que debe ponerse a la vista (ver el reglamento 110.101 (e)(1), (e)(2), (e)(3), (e)(4) para obtener el lenguaje apropiado); y

(5) si el empleador está cubierto por un seguro de compensación para trabajadores (subscriptor) u obtiene una cobertura, ya sea mediante un seguro comercial o se convierte en auto asegurado según lo proporcionado por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas (Ley), deberá incluir la siguiente declaración:

AVISO A LOS NUEVOS EMPLEADOS

"Usted puede optar por conservar su derecho común de acción de ley (common law right of action, por su nombre en inglés) si, a no más tardar de cinco días después que usted comienza su empleo o dentro de cinco días después de recibir aviso por escrito por parte del empleador donde se informa que el empleador ha obtenido una cobertura de seguro de compensación para trabajadores, usted le notifica a su empleador por escrito que desea conservar su derecho común de acción de ley para recuperarse de daños por lesiones personales. Si opta por conservar su derecho común de acción de ley, usted no puede obtener beneficios médicos o de ingresos de compensación para trabajadores si se ha lesionado."

Texas Department of Insurance
Division of Workers' Compensation
7551 Metro Center Drive, Suite 100 • Austin, Texas 78744-1645
512-804-4000 telephone • 512-804-4001 fax • www.tdi.texas.gov

YOU MAY USE YOUR OWN LETTERHEAD WITH THE FOLLOWING INFORMATION

Quy tắc dẫn chiếu 110.101

(a) Ngoài thông báo được niêm yết theo yêu cầu tại tiểu mục (e) của mục này, các chủ nhân, như được định nghĩa tại Mục 406.001 của Bộ Luật Lao Động, phải thông báo bằng văn bản cho các nhân viên của mình về tình trạng phạm vi bảo hiểm bồi thường lao động. Thông báo bổ sung này:

(1) sẽ được cung cấp vào thời điểm nhân viên được thuê tuyển, có nghĩa là khi nhân viên được pháp luật liên bang yêu cầu phải hoàn tất cả mẫu W-4 và mẫu I-9 hoặc khi đã xảy ra sự gián đoạn trong công việc, và nhân viên được pháp luật liên bang yêu cầu phải hoàn tất mẫu W-4 vào ngày đầu tiên nhân viên trở lại làm việc;

(2) sẽ được cung cấp cho mỗi nhân viên, bởi chủ nhân khi phạm vi bảo hiểm bồi thường lao động bị chấm dứt hoặc huỷ bỏ, không trễ hơn ngày thứ 15 sau ngày phạm vi bảo hiểm bị chấm dứt hoặc huỷ bỏ có hiệu lực;

(3) sẽ được cung cấp cho mỗi nhân viên, bởi chủ nhân nhận được phạm vi bảo hiểm bồi thường lao động, không trễ hơn ngày thứ 15 sau ngày phạm vi bảo hiểm đó có hiệu lực, để cho phép nhân viên lựa chọn tiếp tục các quyền lợi cần thiết theo thông luật theo Chương 406 Đạo Luật Lao Động;

(4) sẽ bao gồm cả phần nội dung được yêu cầu trong thông báo được niêm yết (xem quy tắc 110.101 (e)(1), (e)(2), (e)(3), (e)(4) để sử dụng ngôn ngữ phù hợp); và

(5) nếu chủ nhân có phạm vi bảo hiểm bồi thường lao động (có ghi danh) hoặc được phạm vi bảo hiểm, dù qua bảo hiểm thương mại hoặc qua hình thức tự bảo hiểm như được quy định bởi Đạo Luật Bồi Thường Lao Động Tiểu Bang Texas (Đạo Luật), sẽ bao gồm tuyên bố sau:

THÔNG BÁO GỬI CHO CÁC NHÂN VIÊN MỚI

"Bạn có thể chọn tiếp tục các quyền lợi cần thiết của mình theo thông luật nếu, không quá 5 ngày sau khi bạn được tuyển dụng hoặc trong vòng 5 ngày sau khi nhận được văn bản thông báo của chủ nhân rằng chủ nhân đã có bảo hiểm bồi thường lao động, bạn báo cho chủ nhân của bạn bằng văn bản là bạn muốn tiếp tục các quyền lợi cần thiết của mình theo thông luật để bù đắp cho thiệt hại đối với thương tích cá nhân. Nếu bạn chọn tiếp tục các quyền hành động theo thông luật, bạn không thể nhận được lợi tức hoặc những quyền lợi về y tế từ bồi thường lao động nếu bạn bị thương tích."

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING WORKERS' COMPENSATION IN TEXAS

COVERAGE: [Name of employer] _____ has workers' compensation insurance coverage from [name of commercial insurance company] _____ in the event of work-related injury or occupational disease. This coverage is effective from [effective date of workers' compensation insurance policy] _____. Any injuries or occupational diseases which occur on or after that date will be handled by [name of commercial insurance company] _____ _____. An employee or a person acting on the employee's behalf, must notify the employer of an injury or occupational disease not later than the 30th day after the date on which the injury occurs or the date the employee knew or should have known of an occupational disease, unless the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (Division) determines that good cause existed for failure to provide timely notice. Your employer is required to provide you with coverage information, in writing, when you are hired or whenever the employer becomes, or ceases to be, covered by workers' compensation insurance.

EMPLOYEE ASSISTANCE: The Division provides free information about how to file a workers' compensation claim. Division staff will answer any questions you may have about workers' compensation and process any requests for dispute resolution of a claim. You can obtain this assistance by contacting your local Division field office or by calling 1-800-252-7031. The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) also provides free assistance to injured employees and will explain your rights and responsibilities under the Workers' Compensation Act. You can obtain OIEC's assistance by contacting an OIEC customer service representative in your local Division field office or by calling 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

SAFETY VIOLATIONS HOTLINE: The Division has a 24 hour toll-free telephone number for reporting unsafe conditions in the workplace that may violate occupational health and safety laws. Employers are prohibited by law from suspending, terminating, or discriminating against any employee because he or she in good faith reports an alleged occupational health or safety violation. Contact the Division at 1-800-452-9595.

COVERED EMPLOYER

Texas Workers' Compensation Rule 110.101(e)(1) requires employers who are covered by workers' compensation through a commercial insurance company to advise their employees that they do have workers' compensation insurance coverage and to advise their employees of the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation's toll free number to obtain additional information about their workers' compensation rights.

Notices in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population must be posted and:

1. Prominently displayed in the employer's personnel office, if any;
2. Located about the workplace in such a way that each employee is likely to see the notice on a regular basis;
3. Printed with a title in at least 26 point bold type, subject in at least 18 point bold type, and text in at least 16 point normal type; and
4. Contain the exact words as prescribed in Rule 110.101(e)(1).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post or to provide notice as required in the rule is a violation of the Act and Division rules. The violator may be subject to administrative penalties.

Do Not Post This Side

AVISO A LOS EMPLEADOS SOBRE LA COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES EN TEXAS

COBERTURA: [Name of the employer] _____ _____tiene cobertura de seguros de compensación para trabajadores con [name of the commercial insurance company] _____ para protegerle en caso de una lesión o enfermedad ocupacional relacionada con el trabajo. Esta cobertura está vigente desde [effective date of workers' compensation insurance policy] _____. Cualquier lesión o enfermedad ocupacional que ocurra en o después de esta fecha será manejada por [name of commercial insurance company]_____ _____. Un empleado o una persona que actúe en nombre del empleado, debe notificar al empleador sobre una lesión o una enfermedad ocupacional a no más tardar de treinta (30) días, a partir de la fecha en que ocurrió la lesión o en la fecha en la que el empleado se enteró o debería de haberse enterado de la enfermedad ocupacional, al menos que el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation – TDI-DWC, por su nombre y siglas en inglés) (División) determine que existió una buena causa para que no se haya notificado al empleador dentro del tiempo señalado. Su empleador tiene la obligación de proporcionarle a usted información por escrito sobre la cobertura cuando usted es contratado o cuando su empleador adquiere o deja de tener una cobertura de seguro de compensación para trabajadores.

ASISTENCIA AL EMPLEADO: La División proporciona información gratuita sobre cómo presentar una reclamación de compensación para trabajadores. El personal de la División contestará cualquier pregunta que usted pueda tener sobre la compensación para trabajadores y procesará cualquier solicitud de resolución de disputas relacionada con una reclamación. Usted puede obtener este tipo de asistencia comunicándose con su oficina local de la División o llamando al teléfono 1-800-252-7031. La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel – OIEC, por su nombre y siglas en inglés) también ofrece asistencia gratuita a los empleados lesionados y ellos le explicarán cuáles son sus derechos y responsabilidades bajo la Ley de Compensación para Trabajadores. Usted puede obtener la asistencia de OIEC comunicándose con un representante de servicio al cliente de OIEC en su oficina local de la División o llamando al 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

LÍNEA DIRECTA PARA REPORTAR VIOLACIONES DE SEGURIDAD: La División cuenta con una línea gratuita telefónica que está en servicio las 24 horas del día para reportar condiciones inseguras en el área de trabajo que podrían violar las leyes ocupacionales de salud y seguridad. La ley prohíbe que los empleadores suspendan, despidan o discriminen en contra de cualquier empleado porque él o ella de buena fe reporta una alegada violación ocupacional de salud o seguridad. Comuníquese con la División al teléfono 1-800-452-9595.

EMPLEADOR CON COBERTURA

El Reglamento 110.101 (e)(1) de Compensación para Trabajadores de Texas requiere que los empleadores que cuentan con una cobertura de compensación para trabajadores mediante una compañía de seguros comercial notifiquen a sus empleados que ellos cuentan con una cobertura de seguro de compensación para trabajadores e informen a sus empleados sobre el número de la línea telefónica gratuita del Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores para obtener información adicional sobre sus derechos de compensación para trabajadores.

Avisos en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los trabajadores del empleador deben ser puestos a la vista y:

1. Mostrarse en un lugar prominente de la oficina de personal del empleador, si es que la hay;
2. Ubicar este aviso en el área de trabajo de tal manera que los empleados lo vean regularmente;
3. El título debe ser impreso en tamaño 26, en letra negrita de punto, el tema debe ser impreso en tamaño 18, en letra negrita de punto, y el texto, por lo menos en tamaño 16 en letra negrita de punto normal; y
4. Contener las palabras exactas según lo señalado en el Reglamento 110.101 (e)(1).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos que se han señalado en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido en el reglamento es una falta a la ley y a los reglamentos de la División. El infractor podría estar sujeto a sanciones administrativas.

NO MOSTRAR ESTE LADO

THÔNG BÁO CHO CÁC NHÂN VIÊN VỀ VIỆC BỒI THƯỜNG LAO ĐỘNG Ở TEXAS

PHẠM VI BẢO HIỂM: [Tên chủ nhân] _____ _____ có phạm vi bảo hiểm bồi thường lao động của [tên công ty bảo hiểm thương mại] _____ _____trong trường hợp có những thương tích liên quan đến công việc hoặc những bệnh tật do nghề nghiệp tạo ra. Phạm vi bảo hiểm này có hiệu lực từ [ngày hiệu lực của hợp đồng bảo hiểm lao động] _____. Bất cứ thương tích hoặc bệnh tật do nghề nghiệp tạo ra xẩy ra vào ngày hoặc sau ngày đó sẽ được giải quyết bởi [tên của công ty bảo hiểm thương mại] _____ _____. Một nhân viên hoặc một người có quyền thay mặt người nhân viên đó phải thông báo cho chủ nhân về thương tích hoặc bệnh tật do nghề nghiệp tạo ra không quá ngày thứ 30 sau ngày thương tích xảy ra hoặc ngày mà nhân viên biết hoặc lẽ ra phải biết về bệnh tật do nghề nghiệp tạo ra, trừ phi Cơ Quan Bảo Hiểm Tiểu Bang Texas, Ban Bồi Thường Lao Động (Ban) xác nhận rằng việc không thông báo kịp thời là có nguyên nhân chính đáng và hợp lý. Chủ nhân của bạn bắt buộc phải cung cấp cho bạn những thông tin liên quan đến việc bảo hiểm, bằng văn bản, khi bạn được thuê tuyển hoặc bất kỳ lúc nào chủ nhân bắt đầu hoặc chấm dứt bảo hiểm bồi thường lao động.

HỖ TRỢ CHO NHÂN VIÊN: Ban Bồi Thường Lao Động cung cấp thông tin miễn phí về cách thức nộp hồ sơ yêu cầu bồi thường lao động. Nhân viên của Ban sẽ trả lời bất cứ câu hỏi nào bạn có thể có liên quan đến việc bồi thường lao động và tiến hành bất cứ yêu cầu nào để giải quyết sự tranh chấp yêu cầu thanh toán. Bạn có thể nhận được sự hỗ trợ này bằng cách liên lạc với văn phòng địa phương của Ban hoặc gọi số 1-800-252-7031. Văn Phòng Cố Vấn Cho Nhân Viên Bị Thương Tích (OIEC) cũng cung cấp sự hỗ trợ miễn phí cho các nhân viên bị thương tích và sẽ giải thích những quyền lợi và trách nhiệm của bạn theo Đạo Luật Bồi Thường Lao Động. Bạn có thể nhận được sự hỗ trợ của OIEC bằng cách liên lạc với người đại diện dịch vụ yểm trợ của văn phòng OIEC địa phương của bạn hay gọi số 1-866-EZE-OIEC (1-866-393-6432).

ĐƯỜNG GIÂY NÓNG VỀ VI PHẠM AN TOÀN: Ban Bồi Thường Lao Động có số điện thoại miễn phí hoạt động 24/24 để nhận báo cáo những dữ kiện mất an toàn nơi làm việc mà có thể vi phạm đến sức khỏe nghề nghiệp và luật an toàn. Luật pháp cấm chủ nhân đình chỉ, sa thải, hoặc phân biệt đối xử với bất kỳ nhân viên nào bởi vì người này đã báo cáo một cách trung thực mọi sự vi phạm về sức khỏe nghề nghiệp hoặc an toàn. Xin liên lạc với Ban Bồi Thường Lao Động ở số 1-800-452-9595.

COVERED EMPLOYER

Texas Workers' Compensation Rule 110.101(e)(1) requires employers who are covered by workers' compensation through a commercial insurance company to advise their employees that they do have workers' compensation insurance coverage and to advise their employees of the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation's toll-free number to obtain additional information about their workers' compensation rights.

Notices in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population must be posted and:1.

1. Prominently displayed in the employer's personnel office, if any;2.
2. Located about the workplace in such a way that each employee is likely to see the notice on a regular basis;3.
3. Printed with a title in at least 26 point bold type, subject in at least 18 point bold type, and text in
4. at least 16 point normal type; and4.
5. Contain the exact words as prescribed in Rule 110.101(e)(1).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post or to provide notice as required in the rule is a violation of the Act and Division rules. The violator may be subject to administrative penalties.

Do Not Post This Side

NOTICE TO EMPLOYEES CONCERNING ASSISTANCE AVAILABLE IN THE WORKERS' COMPENSATION SYSTEM FROM THE OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

Have you been injured on the job? As an injured employee in Texas, you have the right to free assistance from the **Office of Injured Employee Counsel (OIEC)**. OIEC is the state agency that assists unrepresented injured employees with their claim in the workers' compensation system.

You can contact OIEC by calling its toll-free telephone number: **1-866-393-6432**.

More information about OIEC and its Ombudsman Program is available at the agency's website (*www.oiec.texas.gov*).

OMBUDSMAN PROGRAM

What Is An Ombudsman? An Ombudsman is an employee of OIEC who can assist you if you have a dispute with your employer's insurance carrier. An Ombudsman's assistance is free of charge. Each Ombudsman has completed a comprehensive training program designed specifically to assist you with your dispute.

An Ombudsman can help you identify and develop the disputed issues in your case and attempt to resolve them. If the issues cannot be resolved, the Ombudsman can help you request a dispute resolution proceeding at the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation.

Once a proceeding is scheduled an Ombudsman can:

- Help you prepare for the proceeding (Benefit Review Conference and/or Contested Case Hearing);
- Attend the proceeding with you and communicate on your behalf; and
- Assist you with an appeal or a response to an insurance carrier's appeal, if necessary.

oiec

Figure 28 TAC §276.5(c) – September 2022

Aviso Para Los Empleados Sobre La Asistencia Disponible En El Sistema De Compensación Para Trabajadores Por Parte De La Oficina De Asesoría Pública Para El Empleado Lesionado

¿Se ha lesionado en el trabajo? Como empleado lesionado en Texas, usted tiene derecho a recibir asistencia gratuita por parte de la **Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado** (Office of Injured Employee Counsel –OIEC, por su nombre y siglas en inglés). OIEC es la agencia estatal que asiste a los empleados lesionados que no cuentan con representación legal con su reclamación en el sistema de compensación para trabajadores.

Usted puede comunicarse con OIEC llamando a su número de teléfono gratuito: **1-866-393-6432**.

Más información sobre OIEC y sobre el Programa de Ombudsman se encuentra disponible en el sitio web de la agencia (*www.oiec.texas.gov*).

Programa de Ombudsman

¿Qué es un Ombudsman? Un Ombudsman es un empleado de OIEC que le puede asistir si usted tiene una disputa con la aseguradora de su empleador. La asistencia por parte del Ombudsman es gratuita.

Cada Ombudsman ha completado un extenso programa de capacitación, el cual ha sido diseñado específicamente para asistirle a usted con su disputa.

Un Ombudsman puede ayudarle a identificar y desarrollar los asuntos en disputa en su caso e intentar resolverlos. Si los asuntos no pueden ser resueltos, el Ombudsman puede ayudarle a solicitar un procedimiento de resolución de disputas ante el Departamento de Seguros de Texas, División de Compensación para Trabajadores (Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés).

Una vez que el procedimiento ha sido programado, el Ombudsman puede:

- Ayudarle a prepararse para el procedimiento (Conferencia para Revisión de Beneficios [Benefit Review Conference, por su nombre en inglés] y/o Audiencia para Disputar Beneficios [Contested Case Hearing, por su nombre en inglés]);
- Asistir al procedimiento con usted y hablar en su nombre; y
- Ayudarlo a usted con una apelación o con una respuesta a la apelación de una aseguradora, si es necesario.

oiec

Título 28 del Código Administrativo de Texas §276.5(c) – Septiembre de 2022

OFFICE OF INJURED EMPLOYEE COUNSEL

NOTICE REGARDING FIRST RESPONDER LIAISON TO ASSIST IN WORKERS' COMPENSATION DISPUTES

TO: First Responders

The Office of Injured Employee Counsel (OIEC) is the state agency that assists, educates, and advocates on behalf of the injured employees of Texas.

OIEC has a designated employee who is the liaison for first responders. The liaison is highly trained as an ombudsman and in the rights of first responders within the workers' compensation system.

As a first responder, you can call (512) 804-4173 or email firstresponderhelp@oiec.texas.gov for help with your workers' compensation claim.

You can contact OIEC by calling its toll-free telephone number: 1-866-393-6432. More information about OIEC and its Ombudsman Program is available at the agency's website (www.oiec.texas.gov).

OFICINA DE ASESORÍA PÚBLICA PARA EL EMPLEADO LESIONADO

AVISO REFERENTE A INTERMEDIARIO PARA EMPLEADOS DE RESPUESTA INMEDIATA PARA AYUDAR EN LAS DISPUTAS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

PARA: Empleados de Respuesta Inmediata (First Responders, por su nombre en inglés)

La Oficina de Asesoría Pública para el Empleado Lesionado (Office of Injured Employee Counsel –OIEC, por su nombre y siglas en inglés) es la agencia estatal que asiste, educa, y aboga en nombre de los empleados lesionados en Texas.

OIEC cuenta con un empleado que ha sido designado como intermediario para los empleados de respuesta inmediata. El intermediario está altamente capacitado como ombudsman y también está capacitado en los derechos de los empleados de respuesta inmediata dentro del sistema de compensación para trabajadores.

Como empleado de respuesta inmediata, usted puede llamar al (512) 804-4173 o enviar un correo electrónico a firstresponderhelp@oiec.texas.gov para recibir ayuda con su reclamación de compensación para trabajadores.

Usted puede comunicarse con OIEC llamando al número de teléfono gratuito: 1-866-393-6432. Más información sobre OIEC y su Programa de Ombudsman está disponible en el sitio web de la agencia (www.oiec.texas.gov).

CONÉCTESE @OIEC @OIECTexas @OIECtube oiec.texas.gov

Título 28 Código Administrativo de Texas §276.5(d) - Abril 2018

REQUIRED WORKERS' COMPENSATION COVERAGE

The law requires that each person working on this site or providing services related to this construction project must be covered by workers' compensation insurance. This includes persons providing, hauling, or delivering equipment or materials, or providing labor or transportation or other services related to the project, regardless of the identity of their employer or status as an employee.

Call the Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031 or access the division's website at www.tdi.texas.gov/wc/indexwc.html to receive information on the legal requirement for coverage, to verify whether your employer has provided the required coverage, or to report an employer's failure to provide coverage.

TO THE EMPLOYER/CONTRACTOR:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.110 (d)(7), a contractor engaged in a building or construction project for a government entity is required to post a notice on each project site informing all persons providing services on the project that they are required to be covered by workers' compensation insurance. The notice required by this does not satisfy other posting requirements imposed by the Texas Workers' Compensation Act or other Workers' Compensation Rules. This notice must:

(1) be posted in English, Spanish and any other language common to the employer's employee population;
(2) be displayed on each project site;
(3) state how a person may verify current coverage and report failure to provide coverage;
(4) be printed with a title in at least 30-point bold type and text in at least 19-point normal type; and
(5) contain the exact words as prescribed in Rule 110.110 (d)(7).

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Act and Workers' Compensation Rules. The violator may be subject to administrative penalties.

COBERTURA REQUERIDA DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

La ley requiere que cada persona que trabaja en este lugar o que proporciona servicios relacionados con este proyecto de construcción debe estar cubierta por un seguro de compensación para trabajadores. Esto incluye a personas que proporcionan, transportan, o entregan equipo o materiales, o que proporcionan mano de obra, transporte u otros servicios relacionados con este proyecto, sin importar la identidad del empleador o el estado como empleado.

Llame a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) al 1-800-252-7031 o visite el sitio Web de la División en www.tdi.texas.gov/wc/indexwc.html para recibir información referente al requisito legal de cobertura, así como para verificar si su empleador ha proporcionado la cobertura requerida, o para reportar a un empleador que no proporciona cobertura.

AL EMPLEADOR/CONTRATISTA:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Compensación para Trabajadores 110.110 (d)(7), es requerido que un contratista que esté involucrado en el proyecto de construcción de un edificio de entidad gubernamental muestre este aviso en cada lugar donde se lleva a cabo el proyecto para informarles a todas las personas que proporcionan servicios en el proyecto, que es requerido que se les proporcione un seguro de compensación para trabajadores. El aviso presentado aquí no satisface los requisitos para poner a la vista otros avisos que han sido impuestos por la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas u otros Reglamentos de Compensación para Trabajadores. Este aviso debe:

(1) ser puesto a la vista en inglés, español y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador
(2) ser mostrado en cada sitio del proyecto
(3) indicar cómo una persona puede verificar la cobertura actual y cómo se puede reportar en caso de que no se proporcione una cobertura
(4) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 30 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos un tamaño de 19 puntos tipo normal; y
(5) contener las palabras exactas tal como se ha señalado en el Reglamento 110.110 (d)(7).

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los Reglamentos. El infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
NOTICE REGARDING CERTAIN WORK-RELATED COMMUNICABLE DISEASES AND ELIGIBILITY FOR WORKERS' COMPENSATION BENEFITS

TO: LAW ENFORCEMENT OFFICERS, FIRE FIGHTERS, EMERGENCY MEDICAL SERVICE EMPLOYEES, PARAMEDICS, AND CORRECTIONAL OFFICERS

In order to qualify for workers' compensation benefits, an employee who claims a possible work-related exposure to a reportable disease, including HIV infection, must be tested for the disease not later than the 10th day after the exposure and must provide their employer with documentation of the test and a sworn affidavit of the date and circumstances of the exposure. The test result must indicate the absence of the disease. The employee is not required to pay for the test.

Reportable diseases are those communicable diseases and health conditions required to be reported to the Texas Department of State Health Services. Exposure criteria and testing protocol must conform to Texas Department of State Health Services requirements.

TO: ALL STATE EMPLOYEES

In order to qualify for workers' compensation benefits, a state employee who claims a possible work-related exposure to human immunodeficiency virus (HIV) infection, must be tested for HIV within 10 days after the exposure and must provide their employer with documentation of the test and a written statement of the date and circumstances of the exposure. The test result must indicate the absence of HIV infection. The employee is not required to pay for the test.

For additional information: Talk to your employer or call the Division of Workers' Compensation at 1-800-252-7031. Also, contact the Texas Department of State Health Services (DSHS) to ensure full compliance with the Health and Safety Code and DSHS rules.

EMPLOYERS OF EMERGENCY MEDICAL SERVICE EMPLOYEES, PARAMEDICS, FIRE FIGHTERS, LAW ENFORCEMENT OFFICERS OR CORRECTIONAL OFFICERS:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.108, employers of emergency medical service employees, paramedics, fire fighters, law enforcement officers or correctional officers must post a notice informing employees about requirements contained in the Health and Safety Code which could affect qualifying for workers' compensation benefits following a work-related exposure to a reportable communicable disease. This notice must:

1) be posted in the employer's personnel office, if any;
2) be posted in the workplace where employees are likely to read the notice on a regular basis
3) be printed with a title in at least 15 point bold type and the text in at least 14 point normal type
4) contain the text as set out in rule 110.108(d)
5) be posted in English and Spanish, or in English and any other language common to the employee's affected employee population.

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Texas Workers' Compensation Act and Division rules and may subject the violator to administrative penalties.

The cost of testing for exposure to a reportable communicable disease shall be paid by the employer's workers' compensation insurance carrier.

STATE AGENCIES:

Pursuant to Workers' Compensation Rule 110.108 each state agency must post a notice informing employees about requirements which may affect qualifying for workers' compensation benefits following a work related exposure to human immunodeficiency virus (HIV). The notice must:

1) be posted in the agency's personnel office;
2) be posted in the workplace where employees are likely to read the notice on a regular basis
3) be printed with a title in at least 15 point bold type and the text in at least 14 point normal type
4) contain the text as set out in rule 110.108(d)
5) be posted in English and Spanish, or in English and any other language common to the employee's affected employee population.

The notice on the reverse side meets the above requirements. Failure to post the notice as required by this rule is a violation of the Texas Workers' Compensation Act and Division rules and may subject the violator to administrative penalties.

The cost of testing for exposure to a reportable communicable disease shall be paid by the employer's workers' compensation insurance carrier.

DO NOT POST THIS SIDE

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES
AVISO SOBRE CIERTAS ENFERMEDADES CONTAGIOSAS RELACIONADAS CON EL TRABAJO Y LA ELEGIBILIDAD PARA OBTENER BENEFICIOS DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

PARA: **POLICÍAS, BOMBEROS, EMPLEADOS DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, PARAMÉDICOS, Y OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES**

Para poder calificar para recibir beneficios de compensación para trabajadores, el empleado que reclama que posiblemente fue expuesto a una enfermedad relacionada con el trabajo que debe ser reportada, incluyendo la infección del virus del VIH, debe hacerse un análisis de la enfermedad a no más tardar del 10º día después de haber sido expuesto y debe proporcionar al empleador documentación sobre el análisis y una declaración jurada por escrito (sworn affidavit, por su nombre en inglés) con la fecha y las circunstancias de la causa por la cual fue expuesto. Los resultados del análisis deben indicar la ausencia de la enfermedad. No es requerido que el empleado pague por el análisis.

Las enfermedades que deben ser reportadas son todas las enfermedades contagiosas y condiciones de salud que se requiere sean reportadas al Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas (Texas Department of State Health Services, por su nombre en inglés). Los criterios de exposición y el protocolo del análisis deben cumplir con los requisitos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

PARA: **TODOS LOS EMPLEADOS ESTATALES**

Para poder calificar para recibir beneficios de compensación para trabajadores, el empleado estatal que reclama que posiblemente fue expuesto a la infección del virus de inmunodeficiencia humana (VIH), la cual está relacionada con el trabajo, deberá hacerse un análisis de VIH dentro del transcurso de 10 días, después de haber sido expuesto y debe proporcionar al empleador documentación sobre el análisis y una declaración jurada por escrito (sworn affidavit, por su nombre en inglés) con la fecha y las circunstancias de la causa por la cual fue expuesto. Los resultados del análisis deben indicar la ausencia de la infección del VIH. No es requerido que el empleado pague por el análisis.

Para obtener más información: Hable con su empleador o llame a la División de Compensación para Trabajadores (Division of Workers' Compensation, por su nombre en inglés) al 1-800-252-7031. También, comuníquese con el Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas para asegurarse que ha cumplido con los reglamentos del Departamento Estatal de Servicios de Salud de Texas.

EMPLEADORES DE LOS EMPLEADOS DE SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA, PARAMÉDICOS, BOMBEROS, POLICÍAS U OFICIALES DEL DEPARTAMENTO DE CORRECCIONALES:

Según lo dispuesto en el Reglamento 110.108, los empleadores de los empleados de servicios médicos de emergencia, paramédicos, bomberos, policías, u oficiales del departamento de correccionales deben poner a la vista avisos para informar a los empleados sobre los requisitos que contiene el Código de Seguridad y Salud (Health and Safety Code, por su nombre en inglés) el cual podría afectar el proceso de calificación para recibir los beneficios de compensación para trabajadores después de haber sido expuesto a una enfermedad contagiosa que debe ser reportada. Este aviso debe:

1) ser puesto a la vista en la oficina de personal del empleador, si es que la hay
2) ser puesto a la vista en el área de trabajo de tal manera que los empleados puedan leer el aviso regularmente
3) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 15 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos tamaño 14 puntos tipo normal
4) contener el texto que ha sido establecido en el Reglamento 110.108(d)
5) ser puesto a la vista en inglés y español, o en inglés y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador.

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los reglamentos de la División y el infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

El costo del análisis de una enfermedad contagiosa que debe ser reportada deberá ser pagado por la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador.

AGENCIAS ESTATALES:

Según lo dispuesto en el Reglamento de Compensación para Trabajadores 110.108 cada agencia estatal debe poner a la vista avisos donde se les informa a los empleados sobre los requisitos, los cuales pueden afectar el proceso de calificación para recibir los beneficios de compensación para trabajadores después de haber sido expuesto al virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Este aviso debe:

1) ser puesto a la vista en la oficina de personal de la agencia
2) ser puesto a la vista en el área de trabajo de tal manera que los empleados puedan leer el aviso regularmente
3) ser impreso con un título en letras de por lo menos un tamaño de 15 puntos en letra negrita, y el texto en por lo menos tamaño 14 puntos tipo normal
4) contener el texto que ha sido establecido en el Reglamento 110.108(d)
5) ser puesto a la vista en inglés y español, o en inglés y cualquier otro idioma común para la población de los empleados del empleador.

El aviso que se muestra al reverso de esta página cumple con los requisitos señalados en la parte de arriba. El negarse a mostrar o proporcionar esta información, según lo requerido por este reglamento es una violación a la Ley de Compensación para Trabajadores de Texas y a los reglamentos de la División y el infractor puede estar sujeto a recibir multas administrativas.

El costo del análisis de una enfermedad contagiosa que debe ser reportada deberá ser pagado por la aseguradora de compensación para trabajadores del empleador.

NO MOSTRAR ESTE LADO

Workers' Compensation Health Care Network
Employer Welcome Packet

Dear Employer:

Welcome to Berkshire Hathaway Homestate Companies' Prime Health Services Texas HCN. This packet includes important information to assist you and your employees as you begin accessing our network for your workers' compensation healthcare needs. This two-page Employer Welcome Packet lists the actions for which you (as the employer) are responsible. Please ensure that you do all of the following:

Initial steps for Employers:

- Distribute the nine (9)-page Employee Notice of Network Requirements (the "Notice") to current employees in English, Spanish, or any other language common to your employees. If you need it in another language, call 833-745-0155. You can also email us at ProviderNetworks@bhhc.com.
- Post the Notice at each business location (for example, near OSHA or minimum wage postings).
- Be sure to give the Notice to new employees within three (3) days of hire.
- *Signature Requirement* After you supply a written copy of the Notice or a way to access a written copy (such as an email attachment), ask employees to sign the ***Acknowledgment Form***, found on page nine (9), either physically or electronically, of the Notice to show they received the information.
- Establish a standard process for delivering the Notice to employees and document the following:
  - ✓ Employee name and Date of Delivery;
  - ✓ Location of Delivery – (delivered to their home or work address);
  - ✓ Delivery Method – (as part of a "new hire" packet, at a staff or safety meeting, email, etc.)

- Note: According to the Texas Department of Insurance, if you fail to establish a process that documents the above five items, it creates the presumption that your employees did not receive the Notice. To assist you, we have a sample Delivery Log that you can use, or you may use any other documentation method that meets the above requirements. Please contact us by calling 833-745-0155. You can also email us at ProviderNetworks@bhhc.com.

- Retain your employees signed Acknowledgment Forms and please DO NOT return them to Berkshire Hathaway Homestate Companies unless we specifically request a copy at the time of injury. An employee who refuses to sign the form remains subject to the network requirements. Simply document the employee's refusal in their personnel file, and try to have a witness available.

An injured employee may be allowed to seek care from a non-network treating doctor if you fail to provide a Notice and obtain a signed Acknowledgment Form within the required 3 day timeframe.

If an Employee is injured on the Job:

After an employee is injured on the job, please ensure that you take the following actions:

- Whenever possible, assist the injured employee by arranging / providing their transportation to a network provider, or if necessary, to the nearest emergency facility. Our provider listing is available through our website at https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/ for your convenience.
- Within 24 hours of the injury, complete the first report of injury / incident report. You can access the report form online at Workers' compensation employer forms and notices (texas.gov). You can submit your information online at BHHC | Report A Claim or you can report your claim by phone at 800-661-6029.
- Inform employees of the availability of the network and re-distribute the nine (9) page Employee Notice packet. Assist the employee in locating a network treating doctor. Our provider listing is available through our website https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/ or by calling us at 833-745-0155 for assistance in locating available providers in your area.
- Upon being injured, the employee must sign an additional Acknowledgment Form (page 9 of their Notice packet).

Berkshire Hathaway Homestate Companies

Employee Notice of Network Requirements

To contact Berkshire Hathaway Homestate Companies or to locate a network provider, please call or email us at:

Toll-free phone number: 833-745-0155

ProviderNetworks@bhhc.com

You can also use our online provider search tool to locate a treating doctor in your area using the link below.

Provider search tool: https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/

Texas HCN – Employee Rights and Obligations

Dear Employee:

Your employer selected the Berkshire Hathaway Homestate Companies - Prime Health Services Network HCN as the certified workers' compensation network that will manage your health care if you have a work-related injury. Our provider network is dedicated to delivering quality treatment that will allow you to return to work quickly and safely. By following the instructions in this packet, you can help ensure that you will not have to pay the bill for the medical care you receive while treating your injury.

While your employer works hard to assure your workplace safety, we work with your employer to make sure you are given the important information in advance that will help you seek the proper treatment for a work-related injury. If you are injured at work, you will receive this information again along with access to a current list of our in-network providers.

If your injury is a life-threatening emergency, go to the nearest emergency room.

If your injury is NOT a life-threatening emergency, then you should:

- Tell your supervisor immediately about your work-related injury.
- Refer to this packet for your rights and obligations when seeking treatment for your injury.
- Ask your employer to assist you in locating a network treating doctor. To locate a network provider in your area, please use the following link:

  https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/

- You may also contact Berkshire Hathaway Homestate Companies for questions about treating your injury through our network or if you need assistance locating a network provider at:

  ProviderNetworks@bhhc.com
  or
  (833) 745-0155

After you are injured on the job

You must select a treating doctor

If you live within the network service area, you must select a treating doctor to oversee the healthcare you receive for your injury. (Please refer to the map on page eight (8) to see if you live in one of the 250 counties in our service area).

Except for emergency services, you must obtain all healthcare and specialist referrals through your treating doctor. This is important because our providers have agreed to look only to the network — and not to employees — for payment to treat work-related injuries. If you are treated by someone who is not an in-network provider without prior approval, then you may have to pay your medical bill.

How to select a treating doctor

You must select your treating doctor from a list of doctors in the network OR you have the option to choose your current primary care physician to act as the treating doctor for your workers' compensation claim. If you had a primary care physician prior to your injury and wish to select that physician as your treating doctor, you must request approval by contacting your assigned adjuster or calling 833-745-0155. Your current physician must agree to the terms of the Prime Health Services network contract and agree to abide by all applicable laws and regulations before being approved to act as your treating doctor. If your current physician is not approved, or if you decide to change doctors in the future, then you must select an in-network treating physician.

Contact your employer or adjustor for a current provider listing or you may use our online provider search tool at https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/. A printed copy is available upon request. The list is updated at least every three (3) months and identifies treating providers who are accepting new patients. You may also call us toll-free at 833-745-0155 if you need assistance.

If you are injured at work after normal business hours or while working outside the service area, you should go to the nearest care facility. However, if it is not an emergency and you go to an out-of-network provider, you may be responsible for paying the bill for the services you received.

If you need emergency care

Emergency care does not need to be approved in advance. Under Texas Law, "emergency" is defined as either a medical or mental health emergency. A "medical emergency" is the sudden onset of a medical condition manifested by acute symptoms of sufficient severity, including severe pain, that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to result in either (i) placing the patient's health or bodily functions in serious jeopardy; or (ii) the serious dysfunction of any body organ or part. A "mental health emergency" is a condition that could reasonably be expected to present danger to the person experiencing the mental health condition or to another person.

If you are injured and it is an emergency, call 911 or go to the nearest emergency room. After you receive emergency care, you may need ongoing care. If so, you must select a treating provider from our network to oversee the rest of the healthcare you receive for your injury.

You may see out-of-network providers and still be eligible for coverage of your costs only if:

- Emergency care is needed; or
- You do not live within the network service area; or
- Your treating doctor refers you to an out-of-network provider and it was approved in advance; or
- You chose your primary care physician and he/she was approved by the network after agreeing to abide by the network contract and applicable laws.

Referrals and Specialists

You do not need a referral if you have an emergency health condition. Except for emergencies, your treating doctor will provide all of your care and will make all referrals to specialists where needed. Healthcare services, including referrals, will be made available to you on a timely basis according to your medical condition, but no more than 21 days after your request. If you need a specialist that is not available in your area, your treating doctor must get approval from the network before referring you to an out-of-network provider.

The network must approve referrals to out-of-network providers within seven (7) business days after your referral was requested, or sooner if you have a serious health condition that requires faster approval. If the network denies the referral request, you may appeal the decision through our complaint process detailed in this packet.

To change your treating provider

If we inform you that your treating doctor has left the network, you must select another in-network provider. If you have a serious condition in which changing doctors could harm you, your doctor may request that you continue treatment with him/her up to an additional 90 days.

If you are dissatisfied with your first choice of a treating provider, you may select an alternate treating provider from the list of in-network providers in your area. We will not deny your selection of an alternate in-network provider. However, if you remain dissatisfied, you must have your request approved by the network before changing your treating provider a second time.

Service area review

If you believe you do not currently live within our network service area, you may call Berkshire Hathaway Homestate Companies - Prime Health Services to request a service area review. You will need to provide proof to support your claim. We will send you our decision in writing within seven (7) days after we receive your request.

If you do not agree with our final service area decision, you have the right to file a complaint with the Texas Department of Insurance (TDI). Your complaint must include your name, address, telephone number, a copy

of our decision, and any evidence you sent to us to review. A complaint form is available on the TDI website at https://www.tdi.texas.gov. You may also request a form by writing to:

HMO Division, Mail Code 103-6A,
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104

If you assert that you do not currently live in the service area, you may want to receive treatment from our in-network providers while you wait for our review or while you wait for the Texas Department of Insurance to review your complaint. If it is ultimately determined that you live within our service area, then you may have to pay for any healthcare you received from out-of-network providers.

Treatment needing advanced approval

Treatment prescribed by your provider may need to be approved in advance. You, or your provider, are required to request approval from the network for the services before they are provided to you. You may continue to need treatment after you receive the approved services. For example, if you need to stay in the hospital longer than the time period that was first approved. If so, the additional treatment must be approved by the network in advance as well.

If the network denies your request for treatment, we will send you a written notification and inform you of your right to request a reconsideration of the denied treatment or request a review by an Independent Review Organization through the Texas Department of Insurance.

Complaints

If you are dissatisfied with any aspect of the network's operations, including complaints about in-network providers, you may file a complaint with Prime Health Services. You must notify the Grievance Coordinator of a complaint by phone or in writing via mail, email, or fax no later than 90 days from the date the issue occurred. Forward your complaints to:

Prime Health Services
Attn: Grievance Coordinator
331 Mallory Station Road
Franklin, TN 37067
Phone: (866) 348-3887 Fax: (615) 329-4751
Grievance.coordinator@primehealthservices.com

Texas law does not permit Berkshire Hathaway Homestate Companies and/or Prime Health Services to retaliate against you or your employer if you or your employer files a complaint against the network. In addition to that, Berkshire Hathaway Homestate Companies and/or Prime Health Services cannot retaliate if you or your employer appeals the decision of the network. The law does not permit the network to retaliate against your treating provider if he/she files a complaint against the network or appeals the decision of the network on your behalf.

Upon receiving your complaint, Prime Health Services will send you an acknowledgement letter within seven (7) business days. The letter will describe the network's complaint procedures and deadlines. We will review and resolve your complaint in writing within 30 days of receipt of the request. To avoid delay, please include your name, address, telephone number, a copy of the network's prior decision (if any), and any evidence you had sent to us to review or now want us to review.

You also have the right to file a complaint with the Texas Department of Insurance if you disagree with a determination made by the network. The Department's complaint form is available on its website at https://www.tdi.texas.gov or by calling 1-800-252-7031, or you may request a form by writing to:

HMO Division, Mail Code 103-6A
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-91047

If you send a complaint to the Department, it must include your name, current mailing address, telephone number, a copy of the network's decision, and any evidence you sent to the network to review.

Adverse determination, reconsiderations, & independent review

If you are notified of an adverse determination by the network, this notification will include:

- Principal reasons and clinical basis for the adverse determination;
- Description of or source of the screening criteria used as guidelines;
- Professional specialty of any provider consulted;
- Description of the reconsideration process and availability of independent review.

If you receive notification of an adverse determination based on medical necessity, you may request an independent review through the Texas Department of Insurance. Forms related to the availability of an independent review may be obtained from the Department's website at https://www.tdi.texas.gov, or by writing to:

HMO Division, Mail Code 103-6A
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-91047

An employee with a life-threatening condition is entitled to an immediate review by an Independent Review Organization and is not required to comply with the procedures for a reconsideration of an adverse determination (described below).

You (or the person acting on your behalf) may ask the network to reconsider an adverse determination. Your request can be made by phone or by writing to us using the contact information listed below, but you must contact the network to request a reconsideration no later than 30 days after you receive an adverse determination.

Physician's & Surgeon's Network
8447 Wilshire Blvd, Ste 202
Beverly Hills, CA 90211
Phone: 323-556-0555 Fax: 323-556-0556

Within five (5) calendar days after receiving your reconsideration request, the person performing the reconsideration will send you a letter showing the date the request was received and a list of documents that you must submit to complete the reconsideration.

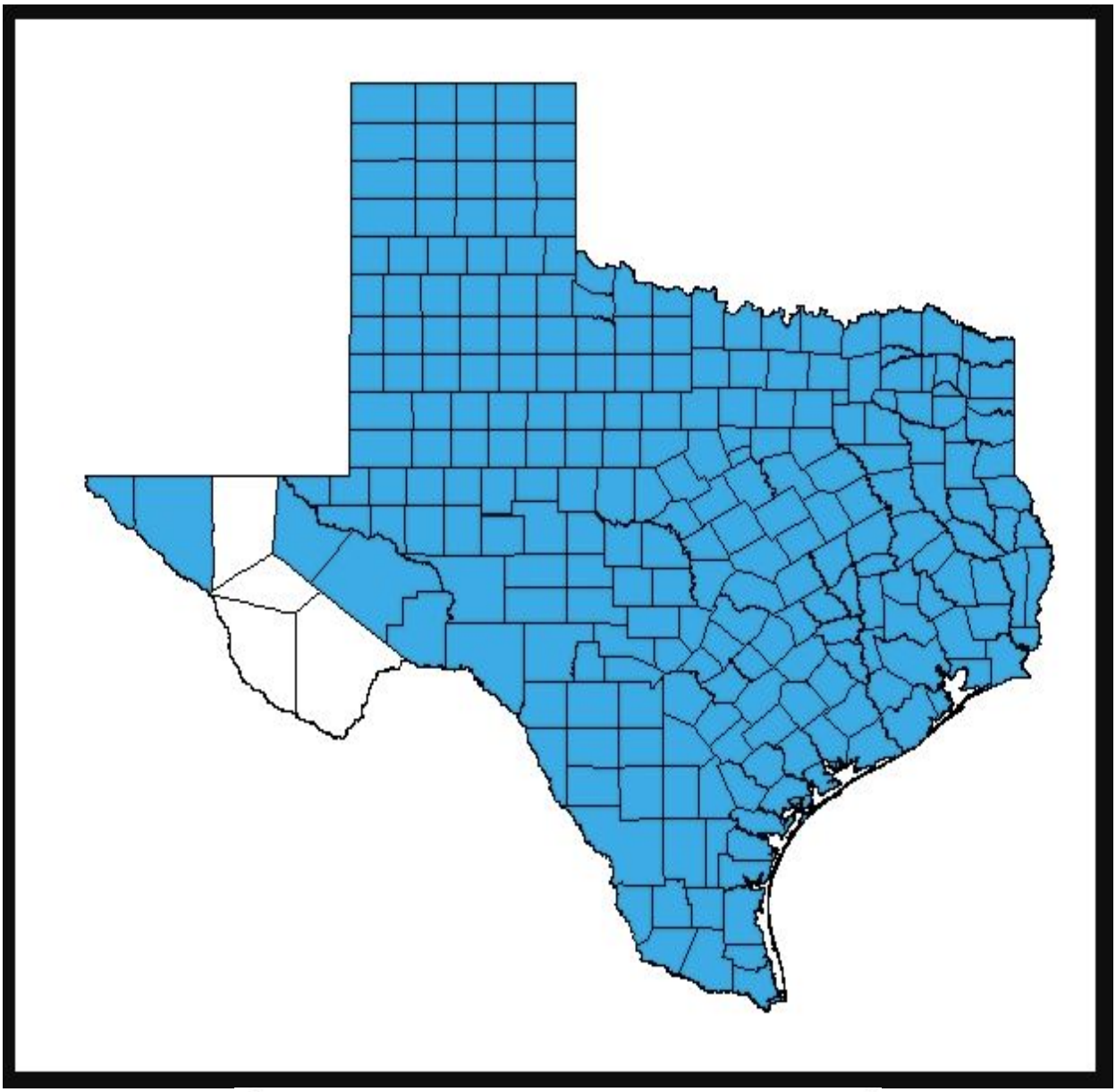
After the reconsideration of your adverse determination is complete, the network will send you (or the person acting on your behalf) a response letter no later than 30 days after your request was received. The letter will explain the resolution and will include the following:

- Specific medical or clinical reasons for the resolution;
- Medical or clinical basis for the decision;
- Professional specialty of any provider consulted and states in which the provider is licensed; and
- Notice of the requesting party's right to seek review of the denial by an Independent Review Organization and the procedures for obtaining that review.

If your referral request is denied because the referral is not medically necessary, or if your request is denied because it is a deviation from treatment guidelines, individual treatment protocols or screening criteria, you (or the person acting on your behalf) are allowed to seek review of the denial by an Independent Review Organization. Please note that you must timely file a request for an independent review no later than 45 days after the date the network denied your reconsideration.

The network must pay for the independent review, and the network is liable for your healthcare while you wait for the results of your appeal. The network, insurance carrier, and employer must comply with the decision made by the Independent Review Organization.

Service Area Map



KEY: Service Area – 250 counties in blue, except four counties in white.

Employee Acknowledgment of Workers' Compensation Network

By signing this form, I acknowledge and understand the following:

- ✓ I received the packet of information that tells me how to receive healthcare services through my employer's workers' compensation insurance.
- ✓ If I am hurt on the job and live in the service area described in the packet, I must choose a treating doctor from a list of doctors in the network, or I may ask my primary care physician to act as my treating doctor prior to my injury or illness. If I select my primary care physician, I will call toll-free 1-833-745-0155 to notify Berkshire Hathaway Homestate Companies of my choice.
- ✓ I must go to my treating doctor for all healthcare for my injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me. If I need emergency care, I may go anywhere.
- ✓ An insurance carrier will pay my treating doctor and other authorized network providers.
- ✓ I might have to pay the bill if I get healthcare, other than emergency care, from someone other than a network doctor without the network's approval.

_____

Signature *Date*

_____

Printed Name

_____

Home Address

_____

City *State* *Zip Code*

_____

Name of Employer

Name of Network: **Prime Health Services Texas HCN**

You can locate a network treating doctor at https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/ or by calling Berkshire Hathaway Homestate Companies at 1-833-745-0155.

Please indicate whether this is the: □ Initial Employee Notification (no injury involved); or

□ Injury Notification (date of injury**: ____ /____ /____**)
Month Day Year

IMPORTANT: RETURN THIS FORM TO YOUR EMPLOYER. DO NOT SEND THIS FORM TO BERKSHIRE HATHAWAY HOMESTATE COMPANIES.

Berkshire Hathaway Homestate Companies
Aviso a los Empleados Sobre los Requisitos de la Red

Para ponerse en contacto con Berkshire Hathaway Homestate Companies o para localizar un proveedor de la red, llame

o envíe un correo electrónico a

Número de teléfono gratuito: 833-745-0155

ProviderNetworks@bhhc.com

También puede utilizar nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea para localizar un médico tratante en su zona utilizando el siguiente enlace.

Herramienta de búsqueda de proveedores: https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/

Texas HCN - Derechos y Obligaciones de los Empleados

Estimado Empleado:

Su empleador seleccionó a la Red Berkshire Hathaway Homestate Companies - Prime Health Services HCN como la red certificada de indemnización laboral que gestionará su atención médica si tiene una lesión relacionada con el trabajo. Nuestra red de proveedores se dedica a ofrecer un tratamiento de calidad que le permitirá volver al trabajo de forma rápida y segura. Siguiendo las instrucciones de este paquete, usted puede ayudar a garantizar que no tendrá que pagar la factura de la atención médica que reciba durante el tratamiento de su lesión.

Mientras su empleador se esfuerza por garantizar su seguridad en el trabajo, nosotros trabajamos con él para asegurarnos de que reciba por adelantado la información importante que le ayudará a buscar el tratamiento adecuado para una lesión relacionada con el trabajo. Si se lesiona en el trabajo, volverá a recibir esta información junto con el acceso a una lista actualizada de nuestros proveedores dentro de la red.

Si su lesión es una emergencia que pone en peligro la vida, acuda a la sala de urgencias más cercana.
Si su lesión NO es una emergencia que ponga en peligro su vida, entonces debe:

- Informar inmediatamente a su supervisor sobre su lesión laboral.
- Consultar este paquete para conocer sus derechos y obligaciones cuando busque tratamiento para su lesión.
- Pedir a su empresa que le ayude a localizar un médico tratante de la red. Para localizar un proveedor de la red en su zona, utilice el siguiente enlace:

  https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/
- También puede ponerse en contacto con Berkshire Hathaway Homestate Companies si tiene preguntas sobre el tratamiento de su lesión a través de nuestra red o si necesita ayuda para localizar un proveedor de la red en:

  ProviderNetworks@bhhc.com

  o

  (833) 745-0155

Después de lesionarse en el trabajo

Debe seleccionar un médico tratante

Si vive dentro del área de servicio de la red, debe seleccionar un médico tratante para que supervise la asistencia médica que recibe por su lesión. (Por favor consulte el mapa de la página ocho (8) para ver si vive en uno de los 250 condados de nuestra área de servicio).

Salvo en el caso de los servicios de urgencia, debe obtener toda la asistencia médica y derivación a especialistas a través de su médico tratante. Esto es importante porque nuestros proveedores han acordado buscar sólo en la red -y no en los empleados- el pago para tratar las lesiones relacionadas con el trabajo. Si le trata alguien que no es un proveedor de la red sin aprobación previa, es posible que tenga que pagar su factura médica.

Cómo elegir un médico tratante

Debe seleccionar su médico tratante de una lista de médicos de la red O tiene la opción de elegir a su actual médico de atención primaria para que actúe como médico tratante de su reclamación de indemnización por accidente de trabajo. Si usted tenía un médico de atención primaria antes de su lesión y desea seleccionar ese médico como su médico tratante, debe solicitar la aprobación poniéndose en contacto con su perito asignado o llamando al 833-745-0155. Su médico actual debe estar de acuerdo con los términos del contrato de la red de Prime Health Services y aceptar cumplir con todas las leyes y reglamentos aplicables antes de ser aprobado para actuar como su médico tratante. Si su médico actual no es aprobado, o si decide cambiar de médico en el futuro, deberá elegir un médico tratante dentro de la red.

Póngase en contacto con su empleador o perito para obtener un listado actual de proveedores o puede utilizar nuestra herramienta de búsqueda de proveedores en línea en https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/. Se puede solicitar una copia impresa. La lista se actualiza al menos cada tres (3) meses e identifica a los proveedores que aceptan nuevos pacientes. También puede llamarnos gratis al 833-745-0155 si necesita ayuda.

Si se lesiona en el trabajo después del horario laboral o mientras trabaja fuera de la zona de servicio, debe acudir al centro asistencial más cercano. Sin embargo, si no se trata de una urgencia y acude a un proveedor fuera de la red, puede ser responsable de pagar la factura de los servicios recibidos.

Si necesita atención de emergencia

La atención de emergencia no necesita ser aprobada por adelantado. Según la ley de Texas, la "emergencia" se define como una emergencia médica o de salud mental. Una "emergencia médica" es la aparición repentina de una condición médica manifestada por síntomas agudos de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, para que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente resultar en (i) poner la salud o las funciones corporales del paciente en grave peligro; o (ii) la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Una "emergencia de salud mental" es una condición que podría esperarse razonablemente que represente un peligro para la persona que experimenta la condición de salud mental o para otra persona.

Si está lesionado y es una emergencia, llame al 911 o vaya a la sala de emergencias más cercana. Después de recibir atención de emergencia, es posible que necesite atención continua. Si es así, debe seleccionar un proveedor de tratamiento de nuestra red para supervisar el resto de la atención médica que reciba por su lesión.

Puede acudir a proveedores fuera de la red y seguir teniendo derecho a la cobertura de sus gastos sólo si:

- Se necesita atención de emergencia; o
- No vive en el área de servicio de la red; o
- Su médico tratante le remite a un proveedor fuera de la red y este fue aprobado previamente; o
- Usted eligió a su médico de atención primaria y éste fue aprobado por la red tras comprometerse a cumplir el contrato de la red y las leyes aplicables.

Derivaciones y especialistas

No necesita una derivación si tiene un problema de salud urgente. Salvo en el caso de las emergencias, su médico tratante le proporcionará toda la atención y hará todas las derivaciones a especialistas cuando sea necesario. Los servicios médicos, incluidas las derivaciones, se pondrán a su disposición en el momento oportuno según su estado de salud, pero no más de 21 días después de su solicitud. Si necesita un especialista que no está disponible en su zona, el médico que le atiende debe obtener la aprobación de la red antes de derivarle a un proveedor fuera de la red.

La red debe aprobar las derivaciones a proveedores fuera de la red en un plazo de siete (7) días hábiles después de que se haya solicitado la derivación, o antes si tiene un problema de salud grave que requiera una aprobación más rápida. Si la red rechaza la solicitud de derivación, usted puede apelar la decisión a través de nuestro proceso de reclamación que se detalla en este paquete.

Para cambiar de proveedor de tratamiento

Si le informamos de que su médico tratante ha abandonado la red, deberá elegir otro proveedor de la red. Si tiene una enfermedad grave en la que el cambio de médico podría perjudicarle, su médico puede solicitar que continúe el tratamiento con él hasta 90 días más.

Si no está satisfecho con su primera elección de proveedor de tratamiento, puede seleccionar un proveedor de tratamiento alternativo de la lista de proveedores de la red en su área. No denegaremos su selección de un proveedor alternativo dentro de la red. Sin embargo, si sigue insatisfecho, deberá obtener la aprobación de la red antes de cambiar de proveedor de servicios médicos por segunda vez.

Revisión del área de servicio

Si cree que no vive actualmente dentro del área de servicio de nuestra red, puede llamar a Berkshire Hathaway Homestate Companies - Prime Health Services para solicitar una revisión del área de servicio. Deberá aportar pruebas que respalden su reclamación. Le enviaremos nuestra decisión por escrito en un plazo de siete (7) días después de recibir su solicitud.

Si no está de acuerdo con la decisión final de nuestra área de servicio, tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas (TDI). Su queja debe incluir su nombre, dirección, número de teléfono, una copia

de nuestra decisión, y cualquier prueba que nos haya enviado para la revisión. El formulario de reclamación está disponible en la página web de TDI: https://www.tdi.texas.gov. También puede solicitar un formulario escribiendo a:

División HMO, Código Postal 103-6A,
Departamento de Seguros de Texas
Apartado Postal 149104
Austin, TX 78714-9104

Si usted afirma que no vive actualmente en el área de servicio, es posible que quiera recibir tratamiento de nuestros proveedores de la red mientras espera nuestra revisión o mientras espera que el Departamento de Seguros de Texas revise su queja. Si finalmente se determina que usted vive dentro de nuestra área de servicio, es posible que tenga que pagar por la atención médica que haya recibido de proveedores fuera de la red.

Tratamiento que necesita aprobación previa

Es posible que el tratamiento prescrito por su proveedor deba ser aprobado previamente. Usted, o su proveedor, deben solicitar la aprobación de la red para los servicios antes de que se le presten. Es posible que siga necesitando tratamiento después de recibir los servicios aprobados. Por ejemplo, si necesita permanecer en el hospital más tiempo que el aprobado en un principio. En ese caso, el tratamiento adicional también debe ser aprobado por la red con antelación.

Si la red deniega su solicitud de tratamiento, le enviaremos una notificación por escrito y le informaremos de su derecho a solicitar una reconsideración del tratamiento denegado o a solicitar una revisión por parte de una Organización de Revisión Independiente a través del Departamento de Seguros de Texas.

Reclamos

Si no está satisfecho con cualquier aspecto del funcionamiento de la red, incluidas las quejas sobre los proveedores de la red, puede presentar un reclamo ante Prime Health Services. Debe notificar la queja al coordinador de reclamos por teléfono o por escrito a través del correo postal, el correo electrónico o el fax a más tardar 90 días después de la fecha en que se produjo el problema. Envíe sus reclamos a

Prime Health Services
Att.: Coordinador de reclamos
331 Mallory Station Road
Franklin, TN 37067
Teléfono: (866) 348-3887 Fax: (615) 329-4751
Grievance.coordinator@primehealthservices.com

La ley de Texas no permite que Berkshire Hathaway Homestate Companies y/o Prime Health Services tomen represalias contra usted o su empleador si usted o su empleador presentan un reclamo contra la red. Además, Berkshire Hathaway Homestate Companies y/o Prime Health Services no pueden tomar represalias si usted o su empleador apelan la decisión de la red. La ley no permite que la red tome represalias contra el proveedor que le atiende si éste presenta un reclamo contra la red o apela la decisión de la red en su nombre.

Al recibir su reclamo, Prime Health Services le enviará una carta de acuse de recibo en un plazo de siete (7) días hábiles. La carta describirá los procedimientos y plazos de reclamación de la red. Revisaremos y resolveremos su reclamo por escrito dentro de los 30 días siguientes a la recepción de la solicitud. Para evitar retrasos, incluya su nombre, dirección, número de teléfono, una copia de la decisión anterior de la red (si la hay) y cualquier prueba que nos haya enviado para que la revisemos o que ahora quiera que revisemos.

También tiene derecho a presentar un reclamo ante el Departamento de Seguros de Texas si no está de acuerdo con una determinación tomada por la red. El formulario de reclamación del Departamento está disponible en su sitio web en https://www.tdi.texas.gov o llamando al 1-800-252-7031, o puede solicitar un formulario escribiendo a

División HMO, Código Postal 103-6A
Departamento de Seguros de Texas
Apartado Postal 149104
Austin, TX 78714-91047

Si envía un reclamo al Departamento, debe incluir su nombre, dirección postal actual, número de teléfono, una copia de la decisión de la red y cualquier prueba que haya enviado a la red para que la revise.

Decisión adversa, reconsideraciones y revisión independiente

Si se le notifica una decisión adversa por parte de la red, esta notificación incluirá:

- Principales razones y fundamento clínico de la determinación adversa;
- Descripción o fuente de los criterios de selección utilizados como directrices;
- Especialidad profesional de cualquier proveedor consultado;
- Descripción del proceso de reconsideración y disponibilidad de una revisión independiente.

Si recibe una notificación de una decisión adversa basada en la necesidad médica, puede solicitar una revisión independiente a través del Departamento de Seguros de Texas. Los formularios relacionados con la disponibilidad de una revisión independiente pueden obtenerse en el sitio web del Departamento en https://www.tdi.texas.gov, o escribiendo a:

División HMO, Código Postal 103-6A
Departamento de Seguros de Texas
Apartado Postal 149104
Austin, TX 78714-91047

Un empleado con una condición que pone en peligro su vida tiene derecho a una revisión inmediata por parte de una Organización de Revisión Independiente y no está obligado a cumplir con los procedimientos de reconsideración de una decisión adversa (descritos a continuación).

Usted (o la persona que actúe en su nombre) puede pedir a la red que reconsidere una decisión adversa. Su solicitud puede hacerse por teléfono o escribiéndonos, utilizando la información de contacto que se indica a continuación, pero debe ponerse en contacto con la red para solicitar una reconsideración a más tardar 30 días después de recibir una decisión adversa.

Red de médicos y cirujanos
8447 Wilshire Blvd, Ste 202
Beverly Hills, CA 90211
Teléfono: 323-556-0555 Fax: 323-556-0556

Dentro de los cinco (5) días calendario siguientes a la recepción de su solicitud de reconsideración, la persona que realiza la reconsideración le enviará una carta con la fecha de recepción de la solicitud y una lista de los documentos que debe presentar para completar la reconsideración.

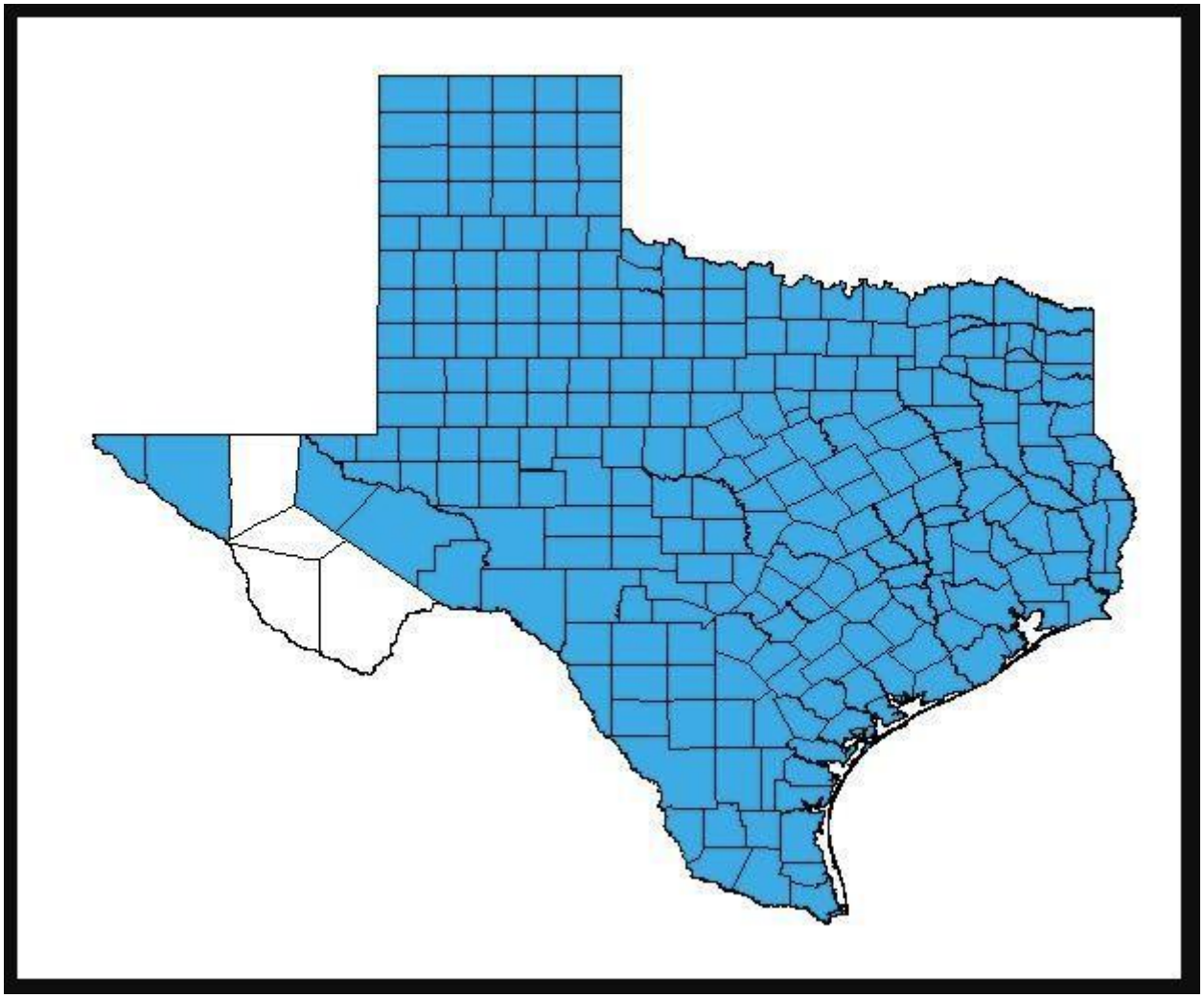
Una vez completada la reconsideración de su decisión adversa, la red le enviará a usted (o a la persona que actúe en su nombre) una carta de respuesta a más tardar 30 días después de haber recibido su solicitud. La carta explicará la resolución e incluirá lo siguiente:

- Razones médicas o clínicas específicas para la resolución;
- Base médica o clínica para la decisión;
- Especialidad profesional de cualquier proveedor consultado y estados en los que el proveedor está autorizado; y
- Notificación del derecho del solicitante a solicitar la revisión de la denegación por parte de una Organización de Revisión Independiente y los procedimientos para obtener dicha revisión.

Si su solicitud de derivación es denegada porque la derivación no es médicamente necesaria, o si su solicitud es denegada porque se desvía de las directrices de tratamiento, de los protocolos de tratamiento individuales o de los criterios de selección, usted (o la persona que actúe en su nombre) puede solicitar la revisión de la denegación a una Organización de Revisión Independiente. Tenga en cuenta que debe presentar oportunamente una solicitud de revisión independiente a más tardar 45 días después de la fecha en que la red denegó su reconsideración.

La red debe pagar la revisión independiente, y la red es responsable de su asistencia sanitaria mientras espera los resultados de su apelación. La red, la compañía de seguros y la empresa deben acatar la decisión tomada por la Organización de Revisión Independiente.

Mapa del área de servicio



CLAVE: Área de servicio - 250 condados en azul, excepto cuatro condados en blanco.

Reconocimiento del empleado de la Red de Indemnización por Accidente Laboral de los Trabajadores

Al firmar este formulario, reconozco y entiendo lo siguiente:

- ✓ He recibido el paquete de información que me indica cómo recibir servicios de asistencia médica a través del seguro de indemnización por accidente laboral de mi empresa.
- ✓ Si me lesiono en el trabajo y vivo en el área de servicio descrita en el paquete, debo elegir un médico tratante de una lista de médicos de la red, o puedo pedir a mi médico de atención primaria que actúe como mi médico tratante antes de mi lesión o enfermedad. Si elijo a mi médico de atención primaria, llamaré al número gratuito 1-833-745-0155 para notificar mi elección a Berkshire Hathaway Homestate Companies.
- ✓ Debo acudir a mi médico tratante para toda la atención médica de mi lesión. Si necesito un especialista, mi médico tratante me remitirá. Si necesito atención de urgencia, puedo ir a cualquier sitio.
- ✓ La compañía de seguros pagará a mi médico tratante y a otros proveedores autorizados de la red.
- ✓ Es posible que tenga que pagar la factura si recibo atención médica, que no sea de urgencia, de alguien que no sea un médico de la red sin la aprobación de ésta.

_____

Firma *Fecha*

_____

Nombre en letra de molde

_____

Dirección

_____

Ciudad *Estado* *Código Postal*

_____

Nombre del Empleador

Nombre de la Red: **Prime Health Services Texas HCN**

Puede localizar un médico tratante de la red en https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/ o llamando a Berkshire Hathaway Homestate Companies al 1-833-745-0155.

Por favor, indique si se trata de: ☐ Notificación inicial al empleado (sin lesiones); o

☐ Notificación de lesión (fecha de la lesión: _____/_____/_____)
Mes Día Año

IMPORTANTE: DEVUELVA ESTE FORMULARIO A SU EMPLEADOR. NO ENVÍE ESTE FORMULARIO A BERKSHIRE HATHAWAY HOMESTATE COMPANIES.

Thông Báo Tới Nhân Viên Về Các Yêu Cầu Của Mạng Lưới Berkshire Hathaway Homestate Companies

Để liên hệ với Berkshire Hathaway Homestate Companies hoặc để tìm nhà cung cấp thuộc mạng lưới, vui lòng gọi điện hoặc gửi email cho chúng tôi theo:

Số điện thoại miễn phí: 833-745-0155

ProviderNetworks@bhhc.com

Quý vị cũng có thể sử dụng công cụ tìm kiếm nhà cung cấp trực tuyến của chúng tôi để tìm một bác sĩ điều trị tại khu vực của quý vị bằng liên kết dưới đây.

Công cụ tìm kiếm nhà cung cấp: https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/

Texas HCN – Quyền và nghĩa vụ của nhân viên

Kính gửi Nhân viên:

Nhà tuyển dụng của quý vị đã chọn Berkshire Hathaway Homestate Companies - Prime Health Services Network HCN trở thành mạng lưới bồi thường cho người lao động được chứng nhận để quản lý việc chăm sóc sức khỏe của quý vị nếu quý vị bị chấn thương liên quan đến công việc. Mạng lưới nhà cung cấp của chúng tôi chuyên cung cấp sự điều trị chất lượng để giúp quý vị trở lại làm việc nhanh chóng và an toàn. Làm theo các hướng dẫn trên tập thông tin này, quý vị có thể đảm bảo rằng quý vị sẽ không phải chi trả chi phí cho những dịch vụ chăm sóc y tế mà quý vị nhận được trong khi điều trị chấn thương.

Mặc dù nhà tuyển dụng của quý vị nỗ lực để đảm bảo quý vị có môi trường làm việc an toàn, chúng tôi hợp tác cùng nhà tuyển dụng để đảm bảo quý vị biết trước những thông tin quan trọng, từ đó quý vị có thể tìm được sự điều trị phù hợp cho một chấn thương liên quan đến công việc. Nếu quý vị bị chấn thương tại nơi làm việc, quý vị sẽ được nhận thông tin này một lần nữa và được cấp danh sách các nhà cung cấp trong mạng lưới hiện tại.

Nếu chấn thương của quý vị là trường hợp nguy kịch đe dọa tới tính mạng, hãy đi đến phòng cấp cứu gần nhất.

Nếu chấn thương của quý vị không phải là trường hợp nguy kịch đe dọa tới tính mạng, quý vị cần:

- Thông báo ngay với người giám sát về chấn thương liên quan đến công việc của quý vị.
- Tham khảo tập thông tin này về các quyền và nghĩa vụ của quý vị khi tìm kiếm sự điều trị cho chấn thương.
- Yêu cầu nhà tuyển dụng của quý vị hỗ trợ tìm kiếm một bác sĩ điều trị thuộc mạng lưới. Để tìm kiếm nhà cung cấp thuộc mạng lưới tại khu vực của quý vị, vui lòng sử dụng liên kết sau đây:

  https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/

- Nếu quý vị có câu hỏi về việc điều trị chấn thương thông qua mạng lưới của chúng tôi hoặc nếu cần trợ giúp tìm kiếm một nhà cung cấp thuộc mạng lưới, quý vị cũng có thể liên hệ với Berkshire Hathaway Homestate Companies theo:

  ProviderNetworks@bhhc.com
  hoặc
  (833) 745-0155

Sau khi quý vị gặp chấn thương trong công việc

Quý vị phải chọn một bác sĩ điều trị

Nếu quý vị sống trong khu vực dịch vụ của mạng lưới, quý vị phải chọn một bác sĩ điều trị để theo dõi việc chăm sóc điều trị chấn thương của quý vị. (Vui lòng tham khảo bản đồ trên trang tám (8) để xem quý vị có sống tại một trong 250 quận thuộc khu vực dịch vụ của chúng tôi không).

Ngoại trừ các dịch vụ cấp cứu, quý vị phải lấy mọi sự giới thiệu về chăm sóc sức khỏe và chuyên gia thông qua bác sĩ điều trị. Điều này là quan trọng bởi vì các nhà cung cấp của chúng tôi đã thỏa thuận chỉ dựa trên mạng lưới mà không dựa vào nhân viên để thanh toán việc điều trị chấn thương liên quan đến công việc. Nếu quý vị được điều trị bởi một người không phải là một nhà cung cấp thuộc mạng lưới mà không được chấp thuận trước, quý vị có thể phải chi trả hóa đơn y tế của quý vị.

Cách chọn một bác sĩ điều trị

Quý vị phải chọn một bác sĩ điều trị trong danh sách các bác sĩ thuộc mạng lưới HOẶC quý vị có thể chọn bác sĩ chăm sóc chính hiện tại của mình làm bác sĩ điều trị cho mục đích yêu cầu bồi thường cho người lao động. Nếu quý vị có một bác sĩ chăm sóc chính trước khi gặp chấn thương và muốn chọn bác sĩ đó làm bác sĩ điều trị của mình, quý vị phải xin phép bằng cách liên hệ với nhân viên giám định được chỉ định của quý vị hoặc gọi đến số 833-745-0155. Bác sĩ hiện tại của quý vị phải đồng ý với các điều khoản của hợp đồng mạng lưới Prime Health Services và đồng ý tuân thủ tất cả luật pháp và quy định hiện hành trước khi được cho phép trở thành bác sĩ điều trị của quý vị. Nếu bác sĩ hiện tại của quý vị không được chấp thuận, hoặc nếu quý vị quyết định thay đổi bác sĩ trong tương lai, quý vị phải chọn một bác sĩ điều trị thuộc mạng lưới.

Liên hệ với nhà tuyển dụng hoặc nhân viên giám định của quý vị để biết danh sách nhà cung cấp hiện tại hoặc quý vị có thể sử dụng công cụ tìm kiếm nhà cung cấp trực tuyến của chúng tôi tại https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/. Một bản sao in giấy sẽ được cung cấp khi có yêu cầu. Danh sách được cập nhật ít nhất mỗi ba (3) tháng và nêu rõ những nhà cung cấp sự điều trị hiện đang tiếp nhận bệnh nhân mới. Quý vị cũng có thể gọi tới chúng tôi theo số điện thoại miễn phí 833-745-0155 nếu cần trợ giúp.

Nếu quý vị bị chấn thương tại nơi làm việc sau giờ làm việc thông thường hoặc trong khi làm việc bên ngoài khu vực dịch vụ, quý vị cần đi đến cơ sở y tế gần nhất. Tuy nhiên, nếu đó không phải là trường hợp cấp cứu và quý vị đi tới một nhà cung cấp ngoài mạng lưới, quý vị có thể phải tự chi trả hóa đơn cho những dịch vụ mà quý vị đã nhận.

Nếu quý vị cần được cấp cứu

Cấp cứu không cần được chấp thuận từ trước. Theo luật pháp Texas, “cấp cứu” được định nghĩa là một trường hợp cấp cứu về y tế hoặc sức khỏe tâm thần. Một trường hợp “cấp cứu y tế” là sự khởi phát của một tình trạng bệnh lý được thể hiện qua các triệu chứng đủ nghiêm trọng, bao gồm cơn đau dữ dội, mà nếu không có sự chăm sóc y tế tức thời thì có lý do hợp lý để cho rằng sẽ dẫn đến (i) sức khỏe hoặc các chức năng cơ thể của bệnh nhân bị đặt vào tình trạng nguy kịch; hoặc (ii) rối loạn nghiêm trọng chức năng của một cơ quan hoặc bộ phận cơ thể nào đó. Một trường hợp “cấp cứu sức khỏe tâm thần” là một tình trạng mà có lý do hợp lý để cho rằng nó có thể gây nguy hiểm cho người mắc tình trạng sức khỏe tâm thần đó hoặc một người khác.

Nếu quý vị bị chấn thương và đó là trường hợp cấp cứu, hãy gọi 911 hoặc đi tới phòng cấp cứu gần nhất. Sau khi quý vị được điều trị cấp cứu, quý vị có thể cần được tiếp tục chăm sóc. Nếu vậy, quý vị phải chọn một nhà cung cấp sự điều trị thuộc mạng lưới của chúng tôi để giám sát phần còn lại của quá trình chăm sóc sức khỏe mà quý vị được nhận do chấn thương.

Quý vị có thể đi tới các nhà cung cấp ngoài mạng lưới và vẫn được chi trả các chi phí chỉ trong trường hợp:

- Việc cấp cứu là cần thiết; hoặc
- Quý vị không sống trong khu vực dịch vụ của mạng lưới; hoặc
- Bác sĩ điều trị của quý vị giới thiệu quý vị tới một nhà cung cấp ngoài mạng lưới và điều đó đã được chấp thuận trước; hoặc
- Quý vị chọn bác sĩ chăm sóc chính của mình và bác sĩ đó đã được chấp nhận bởi mạng lưới sau khi đồng ý tuân theo hợp đồng của mạng lưới và luật pháp hiện hành.

Giới thiệu và chuyên gia

Quý vị không cần sự giới thiệu nếu quý vị gặp phải tình trạng sức khỏe khẩn cấp. Ngoài trừ các trường hợp cấp cứu, bác sĩ điều trị của quý vị sẽ cung cấp toàn bộ sự chăm sóc cho quý vị và sẽ đưa ra những sự giới thiệu tới các chuyên gia khác nếu cần thiết. Các dịch vụ chăm sóc sức khỏe, bao gồm sự giới thiệu, sẽ được cung cấp cho quý vị kịp thời tùy theo tình trạng bệnh lý của quý vị, nhưng không quá 21 ngày sau khi quý vị yêu cầu. Nếu quý vị cần một chuyên gia mà hiện không có ở khu vực của quý vị, bác sĩ điều trị phải xin phép mạng lưới trước khi giới thiệu quý vị tới một nhà cung cấp ngoài mạng lưới.

Mạng lưới phải chấp nhận sự giới thiệu tới các nhà cung cấp ngoài mạng lưới trong vòng bảy (7) ngày làm việc sau khi sự giới thiệu của quý vị được yêu cầu, hoặc sớm hơn nếu quý vị gặp một tình trạng sức khỏe nghiêm trọng cần sự chấp thuận nhanh hơn. Nếu mạng lưới từ chối yêu cầu giới thiệu, quý vị có thể kháng nghị quyết định thông qua quy trình khiếu nại của chúng tôi được nêu rõ trong tập thông tin này.

Để thay đổi nhà cung cấp sự điều trị của quý vị

Nếu chúng tôi thông báo với quý vị rằng bác sĩ điều trị của quý vị đã rời mạng lưới, quý vị phải chọn một nhà cung cấp khác thuộc mạng lưới. Nếu quý vị mắc một tình trạng nghiêm trọng mà việc thay đổi bác sĩ có thể gây hại cho quý vị thì bác sĩ của quý vị có thể yêu cầu quý vị tiếp tục điều trị với họ thêm tối đa 90 ngày.

Nếu quý vị không hài lòng với sự lựa chọn đầu tiên về nhà cung cấp sự điều trị, quý vị có thể chọn một nhà cung cấp điều trị khác trong danh sách các nhà cung cấp thuộc mạng lưới tại khu vực của quý vị. Chúng tôi sẽ không từ chối sự lựa chọn một nhà cung cấp khác thuộc mạng lưới của quý vị. Tuy nhiên, nếu quý vị vẫn không hài lòng, quý vị phải xin phép mạng lưới trước khi thay đổi nhà cung cấp sự điều trị lần thứ hai.

Xem xét khu vực dịch vụ

Nếu quý vị cho rằng mình hiện không sống trong khu vực dịch vụ mạng lưới của chúng tôi, quý vị có thể gọi tới Berkshire Hathaway Homestate Companies - Prime Health Services để yêu cầu xem xét khu vực dịch vụ. Quý vị sẽ cần cung cấp chứng cứ để hỗ trợ cho yêu cầu của mình. Chúng tôi sẽ gửi tới quý vị quyết định bằng văn bản trong vòng bảy (7) ngày sau khi chúng tôi nhận được yêu cầu của quý vị.

Nếu quý vị không đồng ý với quyết định cuối cùng về khu vực dịch vụ của chúng tôi, quý vị có quyền gửi đơn khiếu nại tới Cơ quan Bảo hiểm Texas (TDI). Đơn khiếu nại của quý vị phải nêu rõ tên, địa chỉ, số điện thoại của quý vị, một bản sao

quyết định của chúng tôi, và mọi chứng cứ quý vị đã gửi tới chúng tôi để xem xét. Mẫu đơn khiếu nại có trên website TDI tại https://www.tdi.texas.gov. Quý vị cũng có thể yêu cầu mẫu đơn bằng cách gửi thư tới:

HMO Division, Mail Code 103-6A,
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-9104

Nếu quý vị khẳng định rằng quý vị hiện không sống trong khu vực dịch vụ, quý vị có thể muốn được điều trị bởi nhà cung cấp thuộc mạng lưới của chúng tôi trong khi quý vị chờ chúng tôi xem lại hoặc trong khi quý vị chờ Cơ quan Bảo hiểm Texas xem xét khiếu nại của quý vị. Nếu cuối cùng được xác định rằng quý vị sống trong khu vực dịch vụ của chúng tôi thì quý vị có thể phải thanh toán cho mọi dịch vụ chăm sóc sức khỏe mà quý vị đã nhận từ các nhà cung cấp không thuộc mạng lưới.

Điều trị cần được chấp thuận trước

Việc điều trị được chỉ định bởi nhà cung cấp của quý vị có thể cần được chấp thuận trước. Quý vị, hoặc nhà cung cấp của quý vị, cần phải xin phép mạng lưới về những dịch vụ đó trước khi chúng được cung cấp cho quý vị. Quý vị có thể tiếp tục cần điều trị sau khi quý vị nhận được các dịch vụ được chấp thuận. Ví dụ, nếu quý vị cần ở lại bệnh viện lâu hơn khoảng thời gian đã được chấp thuận ban đầu. Khi đó, việc điều trị thêm cũng phải được chấp thuận trước bởi mạng lưới.

Nếu mạng lưới từ chối yêu cầu điều trị của quý vị, chúng tôi sẽ gửi quý vị một thông báo bằng văn bản và thông báo quý vị có quyền yêu cầu xem xét lại việc điều trị bị từ chối hoặc yêu cầu xem xét bởi một Tổ chức Xem xét Độc lập thông qua Cơ quan Bảo hiểm Texas.

Khiếu nại

Nếu quý vị không hài lòng về bất kỳ khía cạnh nào của các hoạt động của mạng lưới, bao gồm các khiếu nại về các nhà cung cấp thuộc mạng lưới, quý vị có thể gửi đơn khiếu nại tới Prime Health Services. Quý vị phải thông báo với Điều phối viên khiếu nại về việc khiếu nại qua điện thoại hoặc qua thư, thư điện tử, hoặc fax không muộn hơn 90 ngày kể từ ngày sự việc diễn ra. Chuyển tiếp đơn khiếu nại của quý vị tới:

Prime Health Services
Tới: Điều phối viên khiếu nại
331 Mallory Station Road
Franklin, TN 37067
Điện thoại: (866) 348-3887 Fax: (615) 329-4751
Grievance.coordinator@primehealthservices.com

Luật pháp Texas không cho phép Berkshire Hathaway Homestate Companies và/hoặc Prime Health Services trả thù quý vị hoặc bên tuyển dụng quý vị nếu quý vị hoặc bên tuyển dụng quý vị nộp đơn khiếu nại mạng lưới. Ngoài ra, Berkshire Hathaway Homestate Companies và/hoặc Prime Health Services không được trả thù nếu quý vị hoặc bên tuyển dụng quý vị kháng nghị quyết định của mạng lưới. Luật pháp không cho phép mạng lưới trả thù nhà cung cấp điều trị của quý vị nếu họ nộp đơn khiếu nại mạng lưới hoặc kháng nghị quyết định của mạng lưới thay mặt cho quý vị.

Sau khi tiếp nhận đơn khiếu nại của quý vị, Prime Health Services sẽ gửi quý vị thư xác nhận trong vòng bảy (7) ngày làm việc. Thư sẽ mô tả quy trình và thời hạn khiếu nại của mạng lưới. Chúng tôi sẽ xem xét và giải quyết khiếu nại của quý vị trong vòng 30 ngày kể từ khi nhận được yêu cầu. Để tránh chậm trễ, vui lòng cung cấp tên, địa chỉ, số điện thoại của quý vị, một bản sao quyết định trước đó của mạng lưới (nếu có), và mọi chứng cứ quý vị đã gửi cho chúng tôi để xem xét hoặc hiện tại muốn chúng tôi xem xét.

Quý vị cũng có quyền nộp đơn khiếu nại tới Cơ quan Bảo hiểm Texas nếu quý vị không đồng ý với quyết định của mạng lưới. Mẫu đơn khiếu nại của Cơ quan này được cung cấp trên website https://www.tdi.texas.gov hoặc bằng cách gọi tới số 1-800-252-7031, hoặc quý vị có thể yêu cầu mẫu đơn bằng cách gửi thư đến:

HMO Division, Mail Code 103-6A
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-91047

Nếu quý vị gửi đơn khiếu nại tới Cơ quan này, đơn phải chứa tên, địa chỉ thư hiện tại, số điện thoại của quý vị, một bản sao quyết định của mạng lưới, và mọi bằng chứng quý vị đã gửi đến mạng lưới để xem xét.

Quyết định bất lợi, xem xét lại và xem xét độc lập

Nếu quý vị được mạng lưới thông báo về một quyết định bất lợi, thông báo này sẽ bao gồm:

- Các lý do chính và cơ sở lâm sàng cho quyết định bất lợi đó;
- Mô tả về hoặc nguồn của các tiêu chí sàng lọc được sử dụng như hướng dẫn;
- Chuyên môn nghiệp vụ của nhà cung cấp được xin tư vấn;
- Mô tả về quá trình xem xét lại và tính khả dụng của việc xem xét độc lập

Nếu quý vị nhận thông báo về một quyết định bất lợi dựa trên sự cần thiết y tế, quý vị có thể yêu cầu một sự xem xét độc lập thông qua Cơ quan Bảo hiểm Texas. Các mẫu đơn liên quan đến tính khả dụng của việc xem xét độc lập được cung cấp trên website của Cơ quan tại https://www.tdi.texas.gov, hoặc bằng cách viết thư tới:

HMO Division, Mail Code 103-6A
Texas Department of Insurance
P. O. Box 149104
Austin, TX 78714-91047

Một nhân viên với một tình trạng đe dọa tới tính mạng có quyền được xem xét ngay lập tức bởi một Tổ chức Xem xét Độc lập và không phải tuân theo quy trình xem xét lại quyết định bất lợi (được mô tả bên dưới).

Quý vị (hoặc người đại diện quý vị) có thể yêu cầu mạng lưới xem xét lại một quyết định bất lợi. Quý vị có thể yêu cầu qua điện thoại hoặc gửi thư cho chúng tôi bằng thông tin liên hệ dưới đây, nhưng quý vị phải liên hệ với mạng lưới để yêu cầu xem xét lại không muộn hơn 30 ngày kể từ khi quý vị nhận được quyết định bất lợi.

Physician's & Surgeon's Network
8447 Wilshire Blvd, Ste 202
Beverly Hills, CA 90211
Điện thoại: 323-556-0555 Fax: 323-556-0556

Trong vòng năm (5) ngày lịch kể từ khi nhận được yêu cầu xem xét lại của quý vị, người thực hiện việc xem xét lại sẽ gửi cho quý vị một thư thông báo ngày tiếp nhận yêu cầu và một danh sách các tài liệu mà quý vị phải nộp để hoàn tất việc xem xét lại.

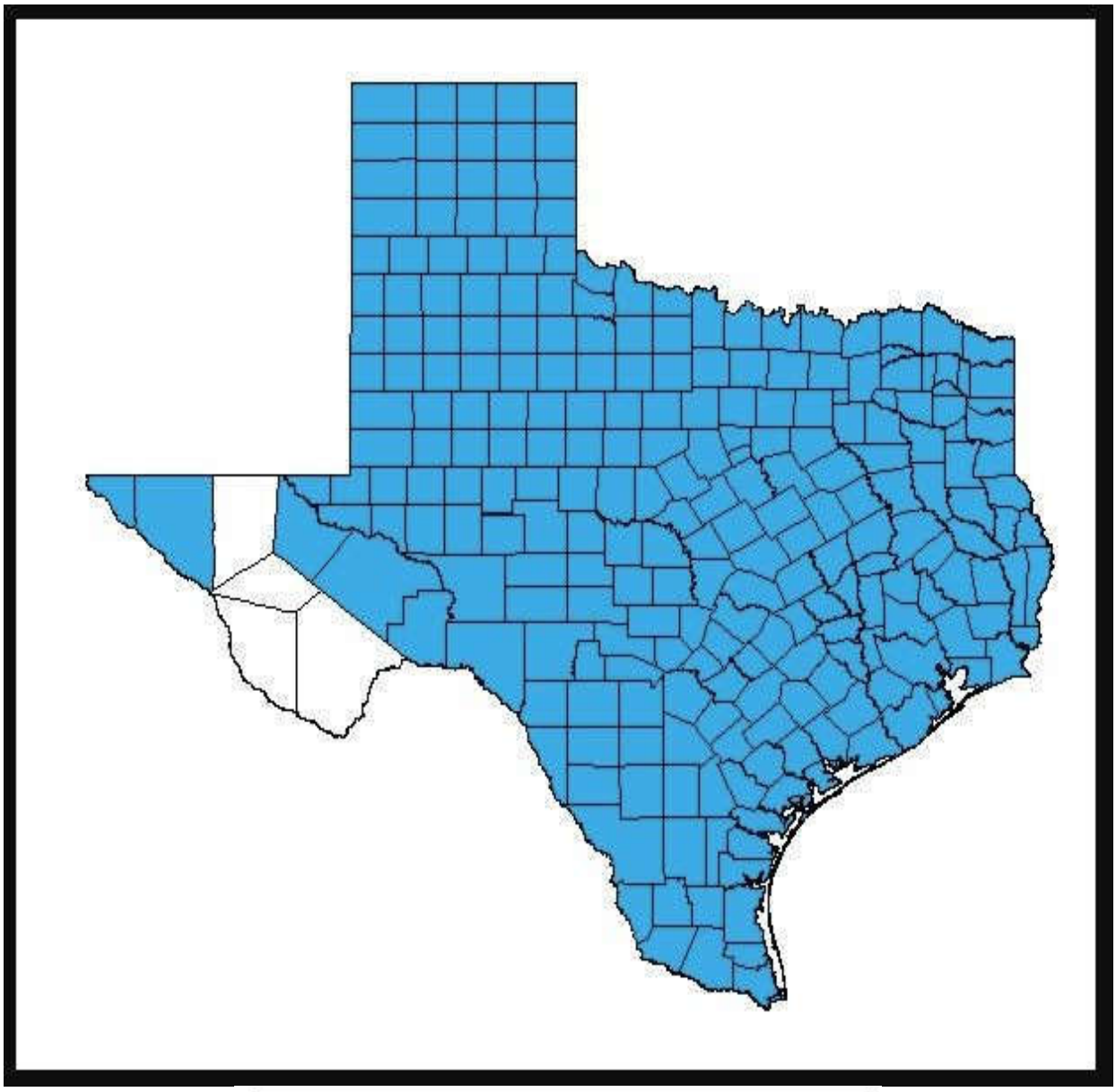
Sau khi việc xem xét lại quyết định bất lợi của quý vị hoàn tất, mạng lưới sẽ gửi tới quý vị (hoặc người đại diện cho quý vị) một thư trả lời không muộn hơn 30 ngày kể từ khi yêu cầu của quý vị được tiếp nhận. Bức thư sẽ giải thích cách giải quyết và sẽ chứa những nội dung sau đây:

- Các lý do y tế hoặc lâm sàng đặc biệt cho cách giải quyết đó;
- Cơ sở y tế hoặc lâm sàng cho quyết định đó;
- Chuyên môn nghiệp vụ của nhà cung cấp được xin tư vấn và tiểu bang nơi nhà cung cấp được cấp phép; và
- Thông báo về việc bên yêu cầu có quyền tìm kiếm sự xem xét sự từ chối bởi một Tổ chức Xem xét Độc lập và quy trình để có được sự xem xét đó.

Nếu yêu cầu giới thiệu của quý vị bị từ chối do việc giới thiệu là không cần thiết về mặt y tế, hoặc nếu yêu cầu của quý vị bị từ chối do nó không tuân theo các hướng dẫn điều trị, các phác đồ điều trị cá nhân hoặc tiêu chí sàng lọc, quý vị (hoặc người đại diện quý vị) được phép tìm kiếm sự xem xét việc từ chối từ một Tổ chức Xem xét Độc lập. Vui lòng lưu ý rằng quý vị phải nộp đơn yêu cầu xem xét độc lập đúng thời hạn không muộn hơn 45 ngày kể từ ngày mạng lưới từ chối việc xét lại của quý vị.

Mạng lưới phải thanh toán cho việc xem xét độc lập này và mạng lưới có trách nhiệm chăm sóc sức khỏe cho quý vị trong khi quý vị chờ đợi kết quả kháng nghị. Mạng lưới, hãng bảo hiểm và bên tuyển dụng phải tuân thủ quyết định của Tổ chức Xem xét Độc lập.

Bản đồ khu vực dịch vụ



QUAN TRỌNG: Khu vực dịch vụ - 250 quận màu xanh, ngoại trừ 4 quận màu trắng.

Xác nhận của nhân viên về mạng lưới bồi thường cho người lao động

Bằng việc ký tên vào mẫu đơn này, tôi xác nhận và hiểu rõ những điều sau đây:

- ✓ Tôi đã nhận được tập thông tin trong đó hướng dẫn tôi cách nhận các dịch vụ chăm sóc sức khỏe thông qua bảo hiểm bồi thường cho người lao động của nhà tuyển dụng của tôi.

- ✓ Nếu tôi bị chấn thương khi làm việc và sống trong khu vực dịch vụ được mô tả trong tập thông tin này, tôi phải chọn một bác sĩ điều trị trong danh sách các bác sĩ thuộc mạng lưới, hoặc tôi có thể yêu cầu bác sĩ chăm sóc chính của tôi trở thành bác sĩ điều trị trước khi tôi gặp chấn thương hoặc mắc bệnh. Nếu tôi chọn bác sĩ chăm sóc chính của tôi, tôi sẽ gọi tới số điện thoại miễn phí 1-833-745-0155 để thông báo cho Berkshire Hathaway Homestate Companies về lựa chọn của tôi.

- ✓ Tôi phải tới gặp bác sĩ điều trị của mình để được chăm sóc điều trị chấn thương. Nếu tôi cần đến một chuyên gia, bác sĩ điều trị của tôi sẽ giới thiệu tôi. Nếu tôi cần được cấp cứu, tôi có thể tới bất kỳ nơi nào.

- ✓ Hãng bảo hiểm sẽ thanh toán cho bác sĩ điều trị của tôi và các nhà cung cấp thuộc mạng lưới được ủy quyền khác.

- ✓ Tôi có thể phải chi trả hóa đơn nếu tôi nhận sự chăm sóc sức khỏe, ngoài trường hợp cấp cứu, từ bất kỳ người nào khác không phải là một bác sĩ thuộc mạng lưới mà không có sự cho phép của mạng lưới.

Chữ ký		*Ngày*
Ghi rõ họ tên		
Địa chỉ nhà		
Thành phố	*Bang*	*Mã Zip*
Tên nhà tuyển dụng		

Tên mạng lưới: **Prime Health Services Texas HCN**

Quý vị có thể tìm một bác sĩ điều trị thuộc mạng lưới tại https://www-sf.talispoint.com/bhhc/national/ hoặc bằng cách gọi tới Berkshire Hathaway Homestate Companies theo số 1-833-745-0155.

Vui lòng nêu rõ đây là: □ Thông báo nhân viên ban đầu (không liên quan đến chấn thương); hay là

□ Thông báo chấn thương (ngày chấn thương: ____ /____/_____)
Tháng Ngày Năm

QUAN TRỌNG: GỬI LẠI MẪU NÀY CHO NHÀ TUYỂN DỤNG CỦA QUÝ VỊ.

KHÔNG GỬI MẪU NÀY TỚI BERKSHIRE HATHAWAY HOMESTATE COMPANIES.

BHHC - Prime Health Services TX HCN - Employee Notice Delivery & Acknowledgment Form Log

Use this log to record your delivery of the Notice of Network Requirements to employees and their signatures of the Network Acknowledgment Form.

Employer Name: _____

Notice of Network Requirements							Employee Acknowledgment Form	
Initial/ Post-Injury	Employee ID#	Last Name, First Name	Delivery Method (paper, electronic)	Recipient	Location (home, business, other)	Delivery Date	Acknowledgment Form Signed or Refused	Signed/Refused Date

DWC FORM-001
(Employer's First Report of Injury or Illness)

The **employer** is required to file an **Employer's First Report of Injury or Illness** [DWC FORM-001 Rev. 10/05] with the injured worker's insurance carrier, and the injured claimant or the claimant's representative within 8 days after the employee's absence from work or receipt of notice of occupational disease.

The **Employer's First Report of Injury or Illness** provides information on the claimant, employer, insurance carrier and medical practitioner necessary to begin the claims process. Details of the claimant's employment and circumstances surrounding the injury or illness are also requested.

Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.**

[Workers' Compensation Rule 120.2]

INSTRUCTIONS FOR EMPLOYERS FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS (DWC FORM-001)

Type (or print in black ink) each item on this form. Failure to complete each item may delay the processing of the injury claim.

Section 409.005, Texas Workers' Compensation Act, requires an Employer's First Report of Injury or Illness (DWC FORM-001 Rev. 10/05 to be filed with the Workers' Compensation Insurance Carrier not later than the eighth day after the receipt of notice of occupational disease, or the employee's first day of absence from work due to injury or death. A copy of this report must be sent to the employee or the employee's representative. For purposes of this section, a report is filed when personally delivered, or postmarked. Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.**

If a report has not been received by the carrier, the employer has the burden of proving that the report was filed within the required time frame. The employer has the burden of proving that good cause existed if the employer failed to file the report on time.

An employer who fails to file the report without good cause may be assessed an administrative penalty. An employer who fails to file the report without good cause waives the right to reimbursement of voluntary benefits even if no administrative penalty is assessed.

Once the employer has completed all information pertaining to the injury the employer should maintain the copy of this report to serve as the Employer's Record of Injury required by Section 409.006. Send the specified copies to your **Workers' Compensation Insurance Carrier** and the injured employee. ***Employers - Do not send this form to the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation, unless the Division specifically requests a direct filing.** The Division's Health and Safety will use data from this report for the Job Safety Information System established in Section 411.032 of the Texas Workers' Compensation Act.

This report may not be considered admission or evidence against the employer or the insurance carrier in any proceeding before the Division or a court in which facts set out in the report are contradicted by the employer or insurance carrier.

"SPECIAL INSTRUCTIONS FOR CERTAIN ITEMS"

Items 2,7,8:	Section 402.082, Texas Workers' Compensation Act requires the Division to maintain information as to the race, ethnicity and sex on every compensable injury. This information will be maintained for non-discriminatory statistical use.
Item 4:	If no home phone, please provide a phone number where the employee can be reached.
Items 5,15,17, 26,29,30:	Enter data in month, day, year format. Example: 08-13-54.
Item 18:	List nature of accident or exposure, e.g., fall from scaffold, contact with radiation, etc. If occupational disease, so state.
Item 19:	List specific body part, e.g., chin, right leg, forehead, left upper arm, etc. If more than one body part is affected, list each part.
Item 20:	Describe in detail (1) the events leading up to the injury/illness, (2) the actual injury, e.g., cut left forearm, broken right foot, etc., and (3) the reason(s) why accident/injury occurred. Use an additional sheet of paper if necessary.
Item 22:	State the exact work-site location of the injury, e.g., construction site, office area, storage area, etc.
Item 24:	List object, substance, or exposure that directly inflicted the injury or illness, e.g., floor, hammer, chemicals, etc.
Items 32,33:	Enter date in month-year format. Example: 02-56.
Item 37:	Enter the number of days or hours that make up a full work week for your employees.
Item 45:	Enter the 6-digit North American Industry Classification System (NAICS) Code of the employer. The primary code is the code which appears in block 5 of Form C-3, "Employer's Quarterly Report" to the Texas Workforce Commission.
Item 46:	For companies with a single NAICS code, the specific code is the same as the primary code. For companies with multiple NAICS codes, enter the code that identifies the specific business, activity, or work-site location the employee was working in at the time of the injury. This may or may not be the same as the primary code.

Send the specified copies to your
Workers' Compensation Insurance Carrier
and the injured employee.

*Employers - Do not send this form to the
Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation,
Unless the Division specifically requests a direct filling.

CLAIM # _____

CARRIER'S CLAIM # _____

EMPLOYERS FIRST REPORT OF INJURY OR ILLNESS

1. Name (Last, First, M.I.)		2. Sex F ☐ M ☐	15. Date of Injury (m-d-y) - -	16. Time of Injury : am ☐ pm ☐	17. Date Lost Time Began (m-d-y) - -
3. Social Security Number - -	4. Home Phone ( )	5. Date of Birth (m-d-y) - -	18. Nature of Injury*	19. Part of Body Injured or Exposed*	
6. Does the Employee Speak English? YES ☐ NO ☐ If No, Specify Language			20. How and Why Injury/Illness Occurred*		
7. Race White ☐ Black ☐ Asian ☐	8. Ethnicity Hispanic ☐ Native American ☐ Other ☐		21. Was employee doing his regular job? YES ☐ NO ☐	22. Worksite Location of Injury (stairs, dock, etc.)*	
9. Mailing Address Street or P.O. Box City State Zip Code County			23. Address Where Injury or Exposure Occurred Name of business if incident occurred on a business site Street or P.O. Box County City State Zip Code		
10. Marital Status Married ☐ Widowed ☐ Separated ☐ Single ☐ Divorced ☐					
11. Number of Dependent Children	12. Spouse's Name		24. Cause of Injury(fall, tool, machine, etc.)*		
13. Doctor's Name			25. List Witnesses		
14. Doctor's Mailing Address (Street or P.O.Box) City State Zip Code			26. Return to work date/or expected (m-d-y) - -	27. Did employee die? YES ☐ NO ☐	28. Supervisor's Name
					29. Date Reported (m-d-y) - -

30. Date of Hire (m-d-y) - -	31. Was employee hired or recruited in Texas? YES ☐ NO ☐	32. Length of Service in Current Position Months _____ Years _____	33. Length of Service in Occupation Months _____ Years _____
34. Employee Payroll Classification Code	35. Occupation of Injured Worker		
36. Rate of Pay at this Job $_____Hourly $_____Weekly	37. Full Work Week is: _____ Hours _____ Days	38. Last Paycheck was: $_____ for ___ Hours or _____ Days	39. Is employee an Owner, Partner, or Corporate Officer? YES ☐ NO ☐

40. Name and Title of Person Completing Form		41. Name of Business	
42. Business Mailing Address and Telephone Number Street or P.O. Box Telephone ( ) City State Zip Code		43. Business Location (If different from mailing address) Number and Street City State Zip Code	
44. Federal Tax Identification Number	45. Primary North American Industry Classification System Code:(6 digit)	46. Specific NAICS Code (6 digit)	47. Texas Comptroller Taxpayer No.
48. Workers' Compensation Insurance Company		49. Policy Number	

50. Did you request accident prevention services in past 12 months?
YES ☐ NO ☐ If yes, did you receive them? YES ☐ NO ☐

51. Signature and Title (READ INSTRUCTIONS ON INSTRUCTION SHEET BEFORE SIGNING)
X _____ Date _____

Berkshire Hathaway Homestate Companies
P.O. Box 881716
San Francisco, CA 94188-1716
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

CLAIM #	
Carrier #	

SUPPLEMENTAL REPORT OF INJURY

Part I EMPLOYER INFORMATION

1. Employer business name	2. Employer phone #
3. Employer mailing address	
4. Insurance carrier name	

5. Does the employer have return to work (RTW) opportunities available based on the injured worker's current capabilities? yes ☐ no ☐
If so, identify contact person and phone # _____ _____

6. Has the insurance carrier provided RTW coordination services within the past 12 months? yes ☐ Date _____ no ☐

7. Has the employer requested RTW training from DWC or the insurance carrier? yes ☐ no ☐

8. Has the insurance carrier provided accident prevention services in the past 12 months? yes ☐ Date _____ no ☐

9. Has the employer requested accident prevention services from the insurance carrier? yes ☐ no ☐

Part II REASON FOR FILING THIS REPORT (deadlines vary, see instructions)

10. ☐ a. The injured worker returned to work in either a full or limited capacity: File this report within 3 days.
☐ b. The injured worker is earning more or less than the pre-injury wage because of the injury: File within 10 days.
☐ c. The injured worker returned, then later had additional lost time or reduced wages as a result of the injury: File within 3 days.
☐ d. The injured worker resigned or was terminated from employment: File within 10 days.

Part III INJURED WORKER INFORMATION

11. Injured worker name	12. SSN (last 4 digits) xxx-xx-	13. DOI
14. Injured worker mailing address and phone #		
15. First day of lost time or reduced wages for this injury (mm/dd/yyyy)	16. First day of additional lost time or reduced wages (mm/dd/yyyy)	

17, Has the injured worker experienced 8 days (cumulative) of lost time or reduced wages as a result of the injury? yes ☐ no ☐
If yes, the date of the 8th day (mm/dd/yyyy) _____

18. Date of most recent RTW _____
☐ Full duty, full pay
☐ Limited duty, full pay
☐ Limited duty, reduced pay

19. Has the injured worker resigned, been terminated or died? yes ☐ no ☐
date of resignation _____ date of termination _____ date of death _____
19a. Reason for resignation/termination _____
19b. Was the injured worker on limited duty when terminated? yes ☐ no ☐

20. Hours the injured worker was working during the pay period of _____ to _____ : _____ hours per week
Indicated hours are:
☐ Increase from pre-injury
☐ Same as pre-injury
☐ Decrease from pre-injury

21. Weekly/hourly earnings for the pay period of _____ to _____ : $ _____ weekly or $ _____
Indicated wages are:
☐ Increase from pre-injury wage
☐ Same a pre-injury wage
☐ Decrease from pre-injury wage

This form to be filed with: ***The employer's insurance carrier and the injured worker in the timeframe as noted in Part II.***

22. To the best of my knowledge the information provided in this report is accurate and may be relied upon for evaluation of eligibility for benefits.
Submitted by: ☐ Employer ☐ Injured Worker *(If no longer working for the employer where injury occurred.)*

_____ _____
Signature and Title of person completing this form Date

DWC FORM-6
Supplemental Report of Injury

DWC requires the reporting of all Return to Work and Post-Injury Change of Earnings. An injured worker is entitled to temporary income benefits if he/she has disability (defined as the inability to work, or the inability to earn wages equivalent to pre-injury wages, as a result of the injury) and has not reached maximum medical improvement (defined as having reached 104 weeks from the eighth day of lost time or when a doctor certifies that no further recovery can be reasonably anticipated). The insurance carrier shall adjust the weekly amount of temporary income benefits paid to the injured worker to match the fluctuations in weekly earnings after the injury. To ensure the insurance carrier has accurate information to calculate benefits, the DWC FORM-6 is to be completed as applicable:

By EMPLOYER	By INJURED WORKER
The **EMPLOYER** means the employer for whom the injured worker was working when the injury occurred. If the employer is the current employer, then you are responsible to provide information to the workers' compensation insurance carrier about: • The existence of earnings, and • The amount of any earnings, or • Any offers of employment. Include CLAIM and insurance carrier numbers in right upper hand corner. Complete items 1-21, sign and date.	If you (the **INJURED WORKER)** are no longer employed by the employer where the injury/illness occurred, then you are responsible to provide information to the workers' compensation insurance carrier about: • The existence of earnings, and • The amount of any earnings, or • Any offers of employment. This form may be used to do so. Include CLAIM and insurance carrier numbers in right upper hand corner. Complete items 1-4, 10-21, sign and date.
The EMPLOYER must file this form: • **For** a worker's injury/illness that occurs after January 1, 1991 and required the previous filing of a DWC FORM-1, Employer's First Report of Injury; and • **During** the time the injured worker is entitled to temporary income benefits (TIBs); and • **Until** the injured worker: ➢ Reaches maximum medical improvement (MMI), or ➢ Is no longer employed by the employer.	If you are employed by a new employer after the injury; and • You are receiving benefits, you must tell the insurance carrier if your wages change, regardless of whether your income went up or down; or • You are *not* receiving benefits, you must tell the insurance carrier if the injury causes you to miss work or lose income.
This report must be filed in the following situations within the timeframes indicated: • 3 days after the injured worker begins to lose time from work as a result of the injury, if lost time did not occur immediately following the injury; • 3 days after the injured worker returns to work; • 3 days, when the injured worker returned to work, then later has additional day(s) of lost time as a result of the injury; • 10 days after the end of each pay period in which the injured worker has a change in earnings as a result of the injury; • 10 days after the injured worker resigns or is terminated. **While most of the sections on this form are self-explanatory, please note that the pay periods requested in sections 20 & 21 may be different depending on the situation for which the form is being filed:** • If the report is indicating lost time from work or the end of employment, the pay period shall be the most recent pay period prior to the lost time. • If the report is indicating return to work or a change in earnings, the pay period shall be the pay period the injured worker is beginning.	
This form is to be filed by first class mail or personal delivery with: • The insurance carrier, and • The injured worker. This report is considered filed when personally delivered or postmarked. **Failure to comply with these filing requirements, without good cause, is a Class D administrative violation, subject to a penalty not to exceed $500.**	**This form is to be filed** by first class mail or personal delivery with: • The insurance carrier. This report is considered filed when personally delivered or postmarked. **If you return to work** for the same employer or a different employer, your temporary income benefits from the insurance carrier must be adjusted. **Failure to report earned wages and/or offers of employment to the insurance carrier who is paying benefits to you is a crime that may result in fines and/or imprisonment.**

TLC§ 409.005 and Rules 120.3 and 129.4 provide the requirements regarding use of this report. The complete rule text is available on the DWC website at: http://www.tdi.texas.gov/wc/rules

TDI Division of Workers' Compensation
PO Box 12050 | Austin, TX 78711 | 800-252-7031 | tdi.texas.gov/wc

Complete if known:
DWC claim #
Insurance carrier claim #

Employer's wage statement

Section 1: Injured employee information

1. Name (first, middle, last)	**2. Social Security number** (last four digits) XXX-XX-
3. Address (street or PO Box, city, state, ZIP code)	**4. Phone number**
5. Date of injury (mm/dd/yyyy)	**6. Date of hire** (mm/dd/yyyy)
7. First day of missed work (mm/dd/yyyy)	**8. Returned to work on** (mm/dd/yyyy) ☐ **Has not returned to work**

Section 2: Employer information

9. Name	**10. Address** (street or PO box, city, state, ZIP code)
11. Phone number	**12. Federal tax ID number**
13. Printed name (person submitting form)	**14. Job title** (person submitting form)

Section 3: Employment status at the time of injury

15. Check all that apply:

- ☐ **Full-time:** The employee regularly works 30 hours or more per week.
- ☐ **Part-time regular course of conduct:** The employee regularly works less than 30 hours per week.
- ☐ **Part-time not regular course of conduct:** The employee's work history for the 12-month period before the date of injury shows part-time and full-time work.
- ☐ **Seasonal:** The employee does temporary work to meet the employer's needs during certain times of the year.
- ☐ **Apprentice:** The employee is learning a new skilled trade by on-the-job training and studies.
- ☐ **Minor:** The employee is under 18 years of age and not married or emancipated by court action.
- ☐ **Student:** The employee is enrolled in a course of study (such as high school, college, or technical training).
- ☐ **Trainee:** The employee is being trained for the job they were originally hired to do.

Section 4: Wages and Benefits (complete parts one and two)

Part 1: Wage information

16. The wage information on this form is for ☐ the injured employee **or** ☐ a similar employee.

17. Salary amount (if applicable)	**18. Hourly rate** (if applicable)	**19. Daily pay** (if applicable)	**20. Other** (if applicable)
$	**$**	**$**	**$**

Week	**21. Number of hours worked**	**22. Pay period dates** (mm/dd/yyyy-mm/dd/yyyy)	**23. Gross wage amount**
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
		24. Total gross wages	

Part 2: Nonpecuniary wage information (paid by employer only for injured employees)

List the amount of nonpecuniary wages in each pay period before the date of injury. Nonpecuniary wages are noncash benefits such as education fees or uniforms. Don't include cash allowances or stipends paid to allow the employee to purchase benefits. Those should be included as wages in box 20.

Pay Period Week	**25. Nonpecuniary wages** – check all provided:							
	a. Health insurance ☐	**b. Laundry/ cleaning** ☐	**c. Clothing/ uniforms** ☐	**d. Lodging/ housing** ☐	**e. Food/ meals** ☐	**f. Vehicle/ fuel** ☐	**g. Professional licenses** ☐	**h. Other** ☐
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
26. Check if continued after date of injury:								
	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
27. Date ended (mm/dd/yyyy)								

28. Certify with your signature.

I certify the information provided in this form is true and correct.

Signature_____ **Date**_____

FAQ

Employer's wage statement

When must an employer file the DWC Form-003, *Employer's Wage Statement*?
An employer must file the completed form with the insurance carrier, the injured employee, and the injured employee's representative (if any) within 30 days from the earliest of:

- the date the employer is notified that the employee is entitled to income benefits; or
- the date the employee's death is a result of the injury (compensable); and
- within seven days from getting a request from the Texas Department of Insurance, Division of Workers' Compensation (DWC).

Note: An employer who fails to timely file a complete wage statement without good cause, as required by Texas Labor Code Section 408.063(c) and 28 Texas Administrative Code (TAC) Section 120.4(a), may be fined.

How do I report wages?
Report all wages **paid in the 13 weeks before the date of injury** according to the employee's pay period. Employers may report 14 weeks if paid biweekly or three months if paid monthly. In all cases, list the dates that each period covers.

- If the employee was **not employed for 13 weeks** before their injury, report wages of an employee who has the training, experience, skills, same pay, and same number of hours.
- If **no similar employee exists**, report all wages the injured employee earned before the injury (28 TAC Section 120.4).

Do I have to report non-pecuniary benefits?
Report all benefits paid to the employee in **a form other than money**. This includes, but is not limited to, the benefit categories listed in Section 4, Part 2.

What if my employee has multiple jobs?
The injured employee will submit the DWC Form-003ME, *Employee's Multiple Employment Wage Statement* to their other employer. The injured employee will submit the completed form to the insurance carrier (28 TAC Section 122.5).

What is average weekly wage?
The gross average amount of money the employer paid the injured employee each week in the 13 weeks before the injury or illness.

Questions?
Call 1-800-252-7031, Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m., Central time. Go to www.tdi.texas.gov/wc to learn more about workers' compensation.

Note: With few exceptions, on your request, you are entitled to:

- be informed about the information DWC collects about you;
- receive and review the information (Government Code Sections 552.021 and 552.023); and
- have DWC correct information that is incorrect (Government Code Section 559.004).

For more information, contact DWCLegalServices@tdi.texas.gov or go to the Corrections Procedure section at www.tdi.texas.gov.

EXAMPLE OF A BONA-FIDE JOB OFFER LETTER:

[company letterhead]

[date]

[employee address]

Dear Mr./Ms. [name]:

We are pleased to extend an offer of modified duty employment consistent with the work restrictions provided by Dr. [name] in the attached DWC-73 Work Status Report dated [date of DWC-73]. The location you will be working will be [address of work site that is geographically accessible to the employee].

Your schedule will be as follows: [schedule; note: must be similar to employee's work schedule prior to the injury]. Your wage for this position will be [wages—if same as pre-injury wages, indicate this as well]. Your job will consist of [description of the physical and time requirements that the position will entail].

We will only assign tasks consistent with your physical abilities, knowledge, and skills, and training will be provided if necessary.

We hope you will accept our offer of modified duty employment by signing where indicated below. If we do not hear from you within 7 days of your receipt of this letter, we will assume you have chosen not to accept our offer of modified duty employment.

If you have any questions, please feel free to contact me at [phone number]. I look forward to hearing from you.

Sincerely,

[name]

[title]

I, [name of employee], accept / do not accept (circle one) this offer of modified duty employment.

_____

Signature

_____

Printed Name

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

Authorization for the Release of Information
Autorización Para La Liberación De Información

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 divisiónes 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 filminas, 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

PRINT THIS FORM/ IMPRIMIR FORMULARIO

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

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) Adimitted

Treating Physicians or Groups

Doctor or Group Name, Address	Phone	Dates of Treatment

RESET FORM

PRINT THIS FORM

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

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)
Yes or No

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

RESET FORM

PRINT THIS FORM

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

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)
Si/No

¿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

RESTABLECER FORMULARIO

IMPRIMIR FORMULARIO

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

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? Yes or No

Address of Incident | City, State | Zip | Offsite? (Y/N) No

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
- ☐ Unused/unavailable PPE (gloves, hardhat, goggles, etc.)
- ☐ Unused/unavailable sharps container
- ☐ Unguarded or improperly guarded equipment
- ☐ Electrical exposure
- ☐ Obstructed view
- ☐ Lack of training
- ☐ Wet/slippery floor
- ☐ Poor housekeeping
- ☐ Interaction with co-worker
- ☐ Interaction with patient or resident
- ☐ Interaction with customer
- ☐ Chemical exposure
- ☐ Motor vehicle incident
- ☐ 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

RESET FORM

PRINT THIS FORM

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

Informe de Incidente del Supevisor

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? Si/No

Dirección del Incidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del sitio? (S/N)
Si/No

¿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 Supevisor

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

- ☐ Equipo para levantar no usado/no disponible
- ☐ PPE (guantes, casco, gafas, etc.) no usado/no disponible
- ☐ Contenedor de objetos punzantes no usado/no disponible
- ☐ Equipo no resguardado o incorrectamente resguardado
- ☐ Exposición eléctrica
- ☐ Vista obstruida
- ☐ Falta de capacitación
- ☐ Herramientas o equipo defectuosos
- ☐ Piso mojado/resbaloso
- ☐ Mala limpieza
- ☐ Interacción con compañero de trabajo
- ☐ Interacción con paciente o residente
- ☐ Interacción con cliente
- ☐ Exposición a producto químico
- ☐ Incidente de vehículo motorizado
- ☐ Other:

¿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:

RESTABLECER FORMULARIO

IMPRIMIR FORMULARIO

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

Witness' Report/Statement of Employee Incident

Employee Name

Witness' Name

Witness' Phone Number

Witness' Address

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)
Yes or No

Date of Incident

Time of incident

Time you began work on day of incident

Address of Incident

City, State

Zip

Offsite? (Y/N)
Yes or No

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

RESET FORM

PRINT THIS FORM

Berkshire Hathaway HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division

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)
Si/No

Fecha Del Incidente

Hora del incidente

Hora en que comenzó a trabajar el día del incidente

Dirección del incidente

Ciudad, Estado

Código Postal

Fuera del Lugar de Trabajo? (Si/ No)
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

RESTABLECER FORMULARIO

IMPRIMIR FORMULARIO

MyMatrixx
By EVERNORTH

Temporary Prescription Card

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 to locate a participating pharmacy near you!

© 2024 MyMatrixx Healthcare Services, Inc. |
An Evernorth Company. All Rights Reserved.

MyMatrixx
By EVERNORTH

Participating Pharmacy List

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 PHARMCY 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 to locate a participating pharmacy near you!

© 2024 MyMatrixx Healthcare Services, Inc. |
An Evernorth Company. All Rights Reserved.

Berkshire Hathaway
HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division ™

$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.

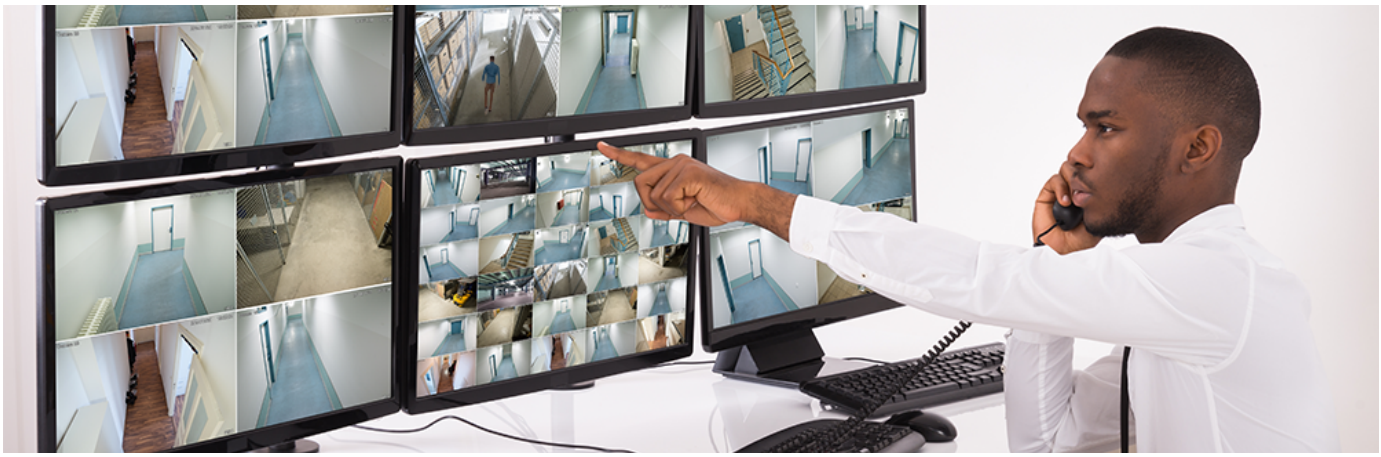
Please do your part to help! Putting criminals out of operation benefits all of us, including keeping your employer's premium rates reasonable.

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.

Berkshire Hathaway
HOMESTATE COMPANIES
Workers Compensation Division ™



$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 op eraciones nos beneficia a todos, incluso esto ayuda a mantener los réditos bajos de la as eguranza 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 demando fraudulenta. BerkshireHathaway dividirá la recompensa por partes iguales entre aquellas persones que aportaron informaciones para obtener la convicción. Berkshire Hathaway se reserva el derecho de determinar qué informacion presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsibilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse or no. Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta ofreta será resuelta por la propia Compañia de Seguros Berkshire Hathaway. Este programa está sujeto a cambios a cancelación sin aviso previo.