

FLORIDA

Workers Compensation

Managed Care Arrangement Handbook

Inside:

- Employer/Employee Implementation Guides
- Program Explanation for Employees
- Employee Questions and Answers
- Employee Satisfaction Survey
- Employee Rights & Responsibilities and Grievance Policy
- Acknowledgment Form

Employee Rights & Responsibilities and the Grievance Policy and Grievance form are to be shared with each employee. The other informative materials can be used at your discretion.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

To our Employers:

Thank you for taking an active role in helping manage your Workers Compensation exposures. The enclosed information is designed to give you basic knowledge of your Workers Compensation Managed Care Arrangement (“WC/MCA”). By taking an active role in ensuring the use of the WC/MCA, you may be able to expedite medical recovery for your injured employees and reduce lost time days.

Your Carrier/Claim Administrator has contracted with Coventry Health Care Workers’ Compensation, Inc. for the use of their Coventry Integrated Network (“Network”) of medical providers to ensure high quality medical care related to workers compensation claims. Providers within the Network are experienced in Workers Compensation, and have contractually agreed to comply with Florida Workers Compensation Law.

To maximize the benefits of the WC/MCA, pre-injury preparation should include the following:

1. Identify which Network PCPs are available near your work-site by reviewing the on-line directory. (The Network search engine is available through www.travelers.com or www.mywcinfo.com)
2. Select one or more of the nearby PCPs and initiate a working relationship with them. Doing so in advance will make it quick and easy to refer an Employee should a work-site injury occur. Consider posting the list of PCPs (with addresses and phone numbers) in a location easily accessible to those employees who will use it should an injury occur.
3. Make your staff familiar with the provider listings and explain how easy it is to use providers in the Network Directory.
4. Advise the staff that use of the network providers is mandatory except in emergency situations. The providers participating in the Network meet specific quality standards and credentials and are experienced in treating work-related injuries and illnesses.
5. For employees who have Internet access, use of the www.mywcinfo.com web page can provide additional access to selection of network providers. However, employees need to know that only treatment that is authorized by the carrier will be compensable in the Workers Compensation claim.
6. It is in everyone's best interest to return your Employee to the job as soon as it is medically appropriate. The availability of modified and/or transitional duty programs at the work-site is key to this approach. Designate a company employee to serve as your Workers Compensation Coordinator and develop a transitional duty program.

To assist with implementation of the WC/MCA, this packet includes the following materials for your use:

1. How to Locate a Network Primary Care Provider on the Travelers’ Internet Site
2. What To Do When An Employee Reports An Injury
3. Request For Medical Treatment Form
4. Sample Letter To The Employee
5. Questions and Answers for Employees
6. Employee Satisfaction Survey
7. Employees Rights & Responsibilities
8. Employee Grievance Procedure

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

If you have any questions concerning the enclosed materials, or if additional resources are needed, please do not hesitate to call the Managed Care Administrator at 1-800-842-6771. Your active role can produce better outcomes for everyone involved in the Workers Compensation process.

How To Locate a Network Primary Care Provider on the Travelers Internet Site

Travelers Internet site is: www.travelers.com

Select:

- “Workers Comp Claim Resources” under Claim
- “Find a Network Medical Provider” under Workers Comp Claim Resources

You are now in the Workers Compensation Network provider search engine:

- Select “Provider Search”

A screen appears that allows you to set your search parameters

- Enter the zip code for the usual employment site for the employee/ employer
- Select the mileage range, up to 20 miles for Primary Care Physicians
- Allow the “Sort Results By” category to remain set at “Distance”
- Select the Number of provider matches you would like to see on each page
- Click on “Continue”
- On the new screen, click on/highlight the “Provider Types” and/or “Specialties” you would like to include in the search
- Click on “Find Providers”
- Scroll down the page to find a list of Network providers. Depending on the geographic distance, there may be several pages of physicians provided.

You can generate a printed list or directory of Network physicians using several methods:

- At the end of the page, click on “Create Provider Listing” button. This will create a listing of all the providers on that page.
- At the end of the list of physicians on a given page there are 2 buttons. Click on “Select all providers on this page.” A check mark will appear before all providers. Click on the “Create Provider Listing” button and a directory will be generated.
- If you would like a short list of physicians/providers, click in the box before each provider you would like to select on that page. Then click on “Create Provider Listing” and a list of your selected physicians will be available for printing.
- A directory for the entire state of Florida can be obtained by clicking on the tab at the top of the screen, labeled “Directories.”

More about the provider database:

- Obtain additional information about a specific provider by clicking on the map icon. You will find more information about the provider, a location map and a tool to gain driving instructions.

WHAT TO DO WHEN AN EMPLOYEE REPORTS AN INJURY

When emergency medical attention is required, send the injured employee to the nearest medical facility and contact the telephone reporting center at 1-800-832-7839 to report the claim.

When an employee reports an injury not requiring emergency treatment, the following steps should be observed:

1. GATHER INFORMATION REGARDING THE INJURY

Ask the injured employee how, when and where the injury occurred, and if there were any witnesses.

2. CONTACT TELEPHONE REPORTING CENTER AT 1-800-832-7839 TO REPORT THE CLAIM

Upon direction from the Claim Adjuster, send the injured employee for medical treatment. Remember: If this is a medical emergency, direct the employee to seek medical attention immediately and then follow-up with this call.

3. DIRECT THE INJURED EMPLOYEE TO CHOOSE A PRIMARY CARE PHYSICIAN.

In non-emergency situations, if the employee appears to need medical attention, either direct the employee to the Network Primary Care Physician ("PCP") of your choice, or instruct the employee to choose a PCP from your list of providers within the Coventry Integrated Network ("Network"). All medical care must be provided through the authorized Primary Care Physician in order to ensure workers Compensation benefits. (A Medical Care Coordinator will be assigned by the Claim Adjuster after the employee's injury has been diagnosed.)

4. COMPLETE AN EMPLOYEE INTRODUCTION LETTER

Fill in a copy of the Request For Medical Treatment Form with the appropriate information. Give the completed Request for Medical Treatment Form to the injured employee and advise him/her to give the letter to the provider he/she has chosen as his/her PCP before treatment is initiated.

5. ARRANGE FOR THE EMPLOYEE TO BE TREATED BY A PROVIDER WITHIN THE NETWORK

Either you, the Medical Case Manager or the Claim Adjuster should contact the PCP to confirm authorization of an appointment for treatment of the injured employee.

6. FOLLOW-UP AND RETURN-TO-WORK

Obtain the DWC25 form (completed by the physician) from either the injured employee or the physician's office. Work with the assigned Claim Adjuster/Medical Case Manager and the PCP to return the employee to either light or full duty. Evaluate any restrictions and offer modified duty if applicable.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

**THE WORKERS COMPENSATION MANAGED CARE ARRANGEMENT
REQUEST FOR MEDICAL TREATMENT FORM**

Part 1: (To be completed by Supervisor. Please Print.)

Employee Name: _____ Social Security Number _____
Date: _____ Supervisor Name: _____
Employer Name: _____ Supervisor Phone Number: _____
Employer Address: _____
Date of Injury: _____ Place of Injury: _____
Injury Description: _____

Part 2: (To be completed by Employee. Employee should take this form to the Primary Care Physician or treating physician.)

English: I authorize payment directly to the provider for the medical services rendered and I authorize the release of medical information to Carrier/Claim Administrator or its designee for medical review.

Spanish: Autorizo a que se efectúe el pago directamente al proveedor por los servicios médicos prestados, y autorizo la divulgación de información médica a la Compañía de Seguros / Administrador de Reclamaciones o a la persona designada para la revisión médica.

Creole: Mwen bay otorizasyon pou fè pèman dirèk bay moun ki fè sèvis medikal pou mwen, epi mwen bay otorizasyon pou yo bay Administratè Swen Sante a/ Responsab pou Reklamasyon an, oswa moun yo nonmen pou sa, enfòmasyon medikal sou mwen, pou yo gade dosye sante m.

Employee Signature: _____ Date: _____

*** Note* By providing this form to the Employee, neither the Carrier/ Claim Administrator nor the Employer concede compensability or eligibility of the injury described above under the applicable Workers Compensation laws.**

Part 3: Report Work Status by completing the DWC25 (To be completed by Primary Care Physician or treating physician. Please print.)

The physician should complete the DWC25 form, give one copy to the Employee (to return to the Employer), attach one copy to your itemized bill and medical report being sent to the Carrier/Claim Administrator, and keep third copy for your records.

You can obtain a copy of the DWC25 form by calling 1-800-842-6771 and requesting the form from the Claim Adjuster. Or, the Florida Division of Workers' Compensation provides an on line interactive process for completion of the DWC25. You can access the form through the following steps:

- Web page for DWC: www.fldfs.com/wc/forms.html
- Select the tab for 69L-7. The DWC 25 forms can be found on this page.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

Part 4: (Important information for Medical Providers)

This Employer is covered by a Workers Compensation Managed Care Arrangement that utilizes a Network of Medical Providers. If medical care for the Employee requires referral to a specialist, the Carrier/Claim Administrator will consult the Network Directory for the name of a Network Specialist.

Please Contact the Claim Adjuster or the Medical Case Manager at 1-800-842-6771 upon any of the following:

- Need for authorization of diagnostic studies, DME, or specialty referrals
- Hospital and inpatient facility admission;
- Outpatient knee, back, wrist, or shoulder surgery;
- Physical therapy or chiropractic care (within the first six months of injury or newly initiated, e.g., post surgical);
- Anticipated disability greater than seven days without a reasonable RTW date established (within the first six months of injury or date of disability);
- Services, which require utilization management pursuant to state law or regulation.

Part 5 (Claim Information)

1. The Florida Division of Workers' Compensation now requires completion of a DWC25 form at specific time frames, such as each date of service. Please be sure that the employer and carrier receive the completed form as promptly as possible after each appointment so that timely treatment and appropriate RTW can be facilitated. For more information about the form, please contact the Claim Adjuster using 1-800-842-6771 or the DWC web page provided earlier.
2. Print the Employee's social security number and date of injury on any bills and reports. Bill only for services directly related to the work injury and submit an itemized bill and medical report, along with the completed DWC25, to the claim office.
3. Any person or entity who willfully and knowingly makes any material false statement or representation for the purpose of obtaining any benefit or payment, or for the purpose of defeating or wrongfully increasing or decreasing any claim for benefit or payment for workers Compensation coverage, or who aids and abets for said purpose, may be subject to civil or criminal penalties, or both, imposed pursuant to applicable statutes and/or regulations.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

Dear Employee:

For compensable workers compensation claims, your employer provides medical care through its Workers Compensation Managed Care Arrangement (“WC/MCA”).

Although everyone is committed to promoting a safe and healthy work environment, work-related illnesses and accidents can occur. In order to provide you with the best possible medical care, should a work-related illness or accident occur, your employer has implemented the Workers Compensation Managed Care Arrangement. This Arrangement includes an independent network of preferred providers available through the Coventry Integrated Network (“Network”).

The Network offers many benefits including the following:

- Primary Care Physicians and medical specialty physicians
- Network Providers are credentialed to stringent standards and criteria
- Providers within the Network are experienced in treating work-related injuries and want to aid in your return-to-work when medically appropriate.

Except in emergency situations and other specific circumstances, you must obtain medical care from a Primary Care Physician within the Network in order to receive full workers compensation benefits. Your employer is prepared to assist you in accessing/selecting a Primary Care Physician who is part of the Network.

The WC/MCA promotes a team approach to treating workers compensation injuries. The team includes you, your employer, your Primary Care Physician (PCP) and/or Medical Care Coordinator (MCC), your Claim Adjuster and your Medical Case Manager. This approach provides timely, appropriate and efficient medical treatment for you and a timely return-to-work. Everyone benefits from this partnership.

Since we anticipate that you may have some questions regarding the Workers Compensation Managed Care Arrangement, we have prepared the attached reference materials.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

Estimado Empleado:

Para las reclamaciones de compensación legal por accidentes de trabajo que sean compensables, su empleador proporciona cuidados médicos a través de su Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo (“WC/MCA”, por sus siglas en inglés).

A pesar de que todos estamos comprometidos a fomentar un ambiente de trabajo saludable y en el que no haya riesgos, es posible que surjan enfermedades y ocurran accidentes relacionados con el trabajo. Para proporcionarle los mejores cuidados médicos posibles, en caso de que contraiga una enfermedad o sufra un accidente relacionado con el trabajo, su empleador ha implementado el Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo. Este Convenio incluye una red independiente de proveedores preferidos disponible a través de la Red Coventry Integrated (la “Red”).

La Red ofrece muchos beneficios, entre los que se incluyen los siguientes:

- Médicos de cabecera (PCP) y médicos especialistas
- Los Proveedores de la Red cuentan con acreditaciones obtenidas conforme a estrictas normas y criterios
- Los proveedores de la Red tienen experiencia en el tratamiento de lesiones relacionadas con el trabajo y desean prestarle ayuda para que se reincorpore al trabajo cuando sea apropiado desde el punto de vista médico.

Excepto en situaciones de emergencia y en otras circunstancias específicas, usted debe recibir cuidados médicos provenientes de un Médico de cabecera (PCP) de la Red para obtener la totalidad de los beneficios de compensación legal por accidentes de trabajo. Su empleador está preparado para ayudarle a acceder/seleccionar un médico de cabecera que pertenezca a la Red.

El convenio WC/MCA promueve un enfoque en equipo para el tratamiento de las lesiones cubiertas por la compensación legal por accidentes de trabajo. En el equipo están incluidos usted, su empleador, su médico de cabecera (PCP) y/o el Coordinador de Cuidados Médicos (MCC), su Tasador de Reclamaciones y su Gestor de Casos Médicos. Este enfoque le proporciona un tratamiento médico oportuno, adecuado y eficaz para que pueda regresar al trabajo oportunamente. Todos se benefician de esta asociación.

Como prevemos que puede tener algunas preguntas relacionadas con el Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo, hemos preparado los materiales de referencia que se adjuntan.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

Questions & Answers The Workers Compensation Managed Care Arrangement

1. Goal of Managed Care Arrangement	<p>A. Ensure provision of prompt, high quality medical care with Network physicians following a work related injury</p> <p>B. Facilitate returning to work as soon as medically possible.</p>		
2. What is a Managed Care Arrangement?	A plan approved by the State of Florida for providing timely medical care through a partnership of the following participants:	Participant	Role in Your Claim
		Network physicians	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnose and Treat your work related injuries and make referrals to network specialty care as needed • Coordinate return to work with your employer
		Employers	<ul style="list-style-type: none"> • Develop transitional duty program • Ensure timely treatment following an injury • Facilitate return to work as soon as medically feasible
		Carrier Claims Adjuster and Medical Case Manager	<ul style="list-style-type: none"> • Contact you to discuss your accident and injury • Ensure you receive necessary treatment • Coordinate referrals and initial appointments with network providers • Answer questions about the WCMCA • Work with you, your employer and provider to facilitate return to work
Injured Employee	<ul style="list-style-type: none"> • Report injury as promptly as possible • Participate in treatment as ordered by authorized physician • Keep employer informed about work status and restrictions • Return to Work when recommended by physician and accommodated by employer • Discuss any problems or concerns with carrier 		
3. Is use of WC/MCA mandatory?	Yes. Only treatment provided by authorized network physicians will be compensable. Failure to follow treatment recommendations from authorized physicians may impact your claim benefits.		
4. What if I need emergency treatment after an accident?	You will treat at the nearest hospital or appropriate facility. Treatment will be authorized and bills will be paid. When you no longer require emergency treatment, you will be sent to a Network Primary Care Physician (PCP) for continued care.		
5. Where do I go if I do not need emergency treatment?	Your employer will either direct you to a physician/clinic for initial medical care, or will provide you with a list of physicians/clinics from whom you may choose your initial treating Network physician. All compensable treatment must be with a Network physician <u>authorized by your employer or the carrier before treatment begins.</u> Many network Primary Care Physicians are conveniently located 15-30 miles from your work-site, and many specialists are 30-60 miles from your work-site.		

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

<p>6. What do I do when I am working for my employer outside my area and need to see a doctor?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • If the injury is not an emergency, contact your employer for directions. You will be provided with a local treatment center in that area and will be referred to a physician in Network when you return to your service area, if further treatment is needed. • If it is an emergency situation, seek immediate medical attention at the nearest hospital or facility.
<p>7. How can I find network physicians in my area?</p>	<p>The names, addresses and phone numbers of Primary Care Physicians have been posted by your employer. If you do not know where the list has been posted, ask your employer for the location. If you have access to the Internet, selecting "Locate Network Medical Providers" on the www.mywcinfo.com webpage will also take you to the list of network providers.</p>
<p>8. What is a Primary Care Physician (PCP) and what does the PCP do?</p>	<p>The Primary Care Physician is a network physician licensed as a family practitioner, general practitioner, occupational medicine, occupational/urgent clinic, internist or osteopath (or other physician which your Medical Case Manager or Claim Adjuster agrees is appropriate to treat your injury). The Primary Care Physician is responsible for providing evaluation and treatment of your work related injury.</p>
<p>9. What is a Medical Care Coordinator (MCC) and what does the MCC do?</p>	<p>The Medical Care Coordinator (MCC) is a licensed network physician who serves as the "gate keeper" for medical issues related to your work injury. The MCC will help make final medical decisions in your workers compensation claim. You will probably be examined at least one time to evaluate your work injury, treatment needs and return to work needs. The MCC may or may not be your treating physician. Once assigned to your claim, the MCC probably will not change during the length of your claim. If you have specific concerns about your medical care, you can discuss them directly with the MCC.</p>
<p>10. What if the PCP decides I need to see a specialist (such as an orthopedist)?</p>	<p>If you would like to see a specialist, gain a referral from the authorized physician in your claim. All specialty referrals must be made by network physicians already authorized to provide you with treatment. Following receipt of a referral, the Claims Adjuster or Medical Case Manager will direct you to an orthopedic surgeon or other specialist within the Network. Before the first appointment with a new physician, authorization must be gained from the Claims Adjuster or Medical Case Manager.</p>
<p>11. What if I am not happy with my physician or the treatment plan for my work injury?</p>	<p>Contact the Medical Case Manager and/or Claim Adjuster to discuss your options.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Florida Workers Compensation law allows for one change in provider during the life of your claim. All changes must be made to network physicians in the same specialty and you cannot change physicians without prior authorization. Your Medical Case Manager or Claims Adjuster will make the necessary arrangements for any change in network physician. You may be able to select a new network physician from a list provided by the Claims Adjuster only if authorization of the new physician is not provided within 5 days of receipt of your written request for the one time change in physician. • A second opinion may be possible if there is a referral from an authorized physician with documentation that supports the medical necessity of the need for further evaluation.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

12. After changing an authorized treating physician, what should I do if I am still dissatisfied?	You should immediately contact your Claim Adjuster or Medical Case Manager and express your concerns and/or dissatisfaction. If you still wish to change your Primary Care Physician or specialist, you must follow the formal grievance process (please refer to the document entitled "Grievance Procedure" attached to this document).
13. What is an Independent Medical Examination (IME)?	Once, during the life of your workers compensation claim, if there is a major disagreement with the medical recommendations from an authorized treating network physician, the injured employee and the carrier/claim administrator each have the right to gain another medical opinion through an Independent Medical Examination (IME). The carrier/claim administrator will pay for the employee's IME only when a network physician is selected for the opinion, or a decision is made to authorize the treatment recommended in the IME report. An IME physician cannot become a treating physician.
14. Who do I contact to file a grievance?	Contact the Grievance Coordinator by phone using 1-800-842-6771 or 800-448-0798 Address: Travelers Workers Compensation Managed Care Arrangement, Attention: Grievance Coordinator P. O. Box 715 Orlando, FL 32802 (Please see the "Grievance Procedure" and Grievance form attached to this document)

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

Preguntas y Respuestas

El Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo (WC MCA)

1. Objetivos del Convenio de Cuidados Médicos Administrados	<p>A. Garantizar la prestación de cuidados médicos oportunos y de alta calidad con médicos de la Red después de sufrir una lesión relacionada con el trabajo</p> <p>B. Facilitar la reincorporación al trabajo tan pronto como sea posible, desde el punto de vista médico.</p>		
2. ¿Qué es un Convenio de Cuidados Médicos Administrados?	Un plan aprobado por el Estado de Florida que proporciona cuidados médicos oportunos a través de una asociación de los siguientes participantes:	Participante	Función que desempeña en lo que respecta a su reclamación
		Médicos de la Red	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostican y proporcionan tratamiento para sus lesiones relacionadas con el trabajo y están a cargo de los referidos a especialistas de la red, según sea necesario • Coordinan su reincorporación al trabajo junto a su empleador
		Empleadores	<ul style="list-style-type: none"> • Desarrollan un programa de tareas transitorias • Garantizan el tratamiento oportuno después de sufrir una lesión • Facilitan la reincorporación al trabajo tan pronto como sea posible desde el punto de vista médico
		Tasador de Reclamaciones de la Compañía de Seguros y Gestor de Casos Médicos	<ul style="list-style-type: none"> • Se comunican con usted para hablar sobre su accidente y la lesión sufrida • Se aseguran de que reciba el tratamiento necesario • Coordinan los referidos y las citas iniciales con los proveedores de la red • Responden preguntas sobre el Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo • Trabajan junto a usted, su empleador y su proveedor para facilitar la reincorporación al trabajo
3. ¿El uso del WC/MCA es obligatorio?	Sí. Sólo el tratamiento proporcionado por médicos autorizados de la red será compensable. El hecho de no seguir las indicaciones del tratamiento proporcionadas por un médico autorizado puede tener un impacto en los beneficios correspondientes a su reclamación.		
4. ¿Qué sucede si necesito un tratamiento de emergencia después de sufrir un accidente?	Será tratado en el hospital más cercano o en la instalación apropiada. Se autorizará el tratamiento y se pagarán las facturas. Cuando ya no necesite recibir un tratamiento de emergencia, será enviado a un Médico de Cabecera de la Red (PCP) quién se hará cargo de proporcionar los cuidados médicos posteriores.		

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

<p>5. ¿Dónde debo ir si no necesito un tratamiento de emergencia?</p>	<p>Su empleador le indicará un médico/clínica a cargo de proporcionarle los cuidados médicos iniciales, o le dará una lista de médicos/clínicas para que usted elija un médico de la red que se hará cargo del tratamiento inicial. Todo tratamiento compensable debe ser proporcionado por un médico de la Red <u>autorizado por su empleador o por la compañía de seguros antes de que se dé inicio al tratamiento.</u> Muchos de los médicos de cabecera de la red se encuentran convenientemente ubicados a una distancia de 15 a 30 millas de su lugar de trabajo, y muchos especialistas a una distancia de 30 a 60 millas de su lugar de trabajo.</p>
<p>6. ¿Qué hago si estoy trabajando para mi empleador fuera de mi área y necesito ver a un médico?</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si la lesión no es una emergencia, comuníquese con su empleador para que le dé instrucciones. Se le proporcionará un centro de tratamiento local en esa área y será referido a un médico de la Red cuando regrese a su área de servicio, si necesita recibir más tratamiento. • Si se trata de una situación de emergencia, busque atención médica de inmediato en el hospital o la instalación más cercanos.
<p>7. ¿Cómo puedo buscar médicos de la red en mi área?</p>	<p>Los nombres, direcciones y números de teléfono de los Médicos de Cabecera han sido colocados por su empleador en un lugar visible. Si no conoce el lugar donde se encuentra la lista, pregúnteselo a su empleador. Si tiene acceso a Internet, seleccione "Locate Network Medical Providers" [Buscar Proveedores de Servicios Médicos de la Red] en la página web www.mywcinfo.com y accederá a la lista de proveedores de la red.</p>
<p>8. ¿Qué es un Médico de Cabecera (PCP) y qué hace un PCP?</p>	<p>El Médico de Cabecera es un médico de la red con licencia para ejercer como médico de familia, médico general, especialista en medicina ocupacional, clínica de medicina ocupacional/de atención de urgencia, especialista en medicina interna u osteópata (u otro médico que su Gestor de Casos Médicos o Tasador de Reclamaciones considere adecuado para el tratamiento de su lesión). El Médico de Cabecera es responsable de hacer la evaluación y proporcionar el tratamiento de su lesión relacionada con el trabajo.</p>
<p>9. ¿Qué es un Coordinador de Cuidados Médicos (MCC) y qué hace un MCC?</p>	<p>El Coordinador de Cuidados Médicos (MCC) es un médico de la red con licencia para ejercer que sirve como coordinador de los problemas de carácter médico asociados a su lesión relacionada con el trabajo. El MCC ayudará a tomar las decisiones médicas definitivas correspondientes a su reclamación de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo. Probablemente será examinado al menos una vez para evaluar su lesión relacionada con el trabajo, las necesidades en cuanto a tratamiento y las necesidades en cuanto a su reincorporación al trabajo. El MCC puede o no ser el médico a cargo de su tratamiento. Una vez que haya sido asignado a su reclamación, el MCC probablemente seguirá siendo el mismo durante el tiempo que dure su reclamación. Si tiene inquietudes específicas en cuanto a sus cuidados médicos, puede hablar directamente con el MCC.</p>
<p>10. ¿Qué sucede si el PCP decide que es necesario que yo consulte a un especialista (por ejemplo, a un ortopedista)?</p>	<p>Si usted desea consultar a un especialista, obtenga un referido del médico autorizado de su reclamación. Todos los referidos para ser atendido por especialistas deben ser hechos por médicos de la red que ya tienen autorización para proporcionarle tratamiento. Después de obtener un referido, el Tasador de Reclamaciones o el Gestor de Casos Médicos le derivarán a un cirujano ortopedista o a otro especialista de la red. Antes de la primera cita con un nuevo médico, debe obtener una autorización del Tasador de Reclamaciones o del Gestor de Casos Médicos.</p>

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

<p>11. ¿Qué sucede si no estoy satisfecho con mi médico o con el plan de tratamiento para mi lesión relacionada con el trabajo?</p>	<p>Comuníquese con el Gestor de Casos Médicos y/o con el Tasador de Reclamaciones para hablar sobre sus opciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> • La ley de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Florida permite un cambio de proveedor durante la vigencia de su reclamación. Todos los cambios deben hacerse a médicos de la red de la misma especialidad y usted no puede cambiar de médico si no cuenta con la autorización previa. Su Gestor de Casos Médicos o Tasador de Reclamaciones hará los arreglos necesarios para efectuar cualquier tipo de cambio a un médico de la red. Usted podrá seleccionar un nuevo médico de la red de una lista proporcionada por el Tasador de Reclamaciones sólo si la autorización para el nuevo médico no es proporcionada dentro de los 5 días posteriores a la recepción de su solicitud por escrito para realizar el cambio del médico de la red por única vez. • Es posible solicitar una segunda opinión si existe un referido proporcionado por un médico autorizado con documentación que respalde la necesidad médica de que se realicen más exámenes.
<p>12. Después de cambiar de médico autorizado, ¿qué debo hacer si aún no estoy satisfecho?</p>	<p>Deberá comunicarse de inmediato con su Tasador de Reclamaciones o Gestor de Casos Médicos y expresar sus inquietudes y/o insatisfacción. Si aún desea cambiar de médico de cabecera o médico especialista, debe seguir el proceso de presentación de quejas formales (consulte el documento titulado "Procedimiento de Presentación de Quejas Formales" que se adjunta a este documento).</p>
<p>13. ¿Qué es un Examen Médico Independiente (IME)?</p>	<p>Por única vez, durante la vigencia de su reclamación de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo, si existe un desacuerdo importante en lo que respecta a las indicaciones médicas proporcionadas por un médico de la red a cargo del tratamiento, el empleado lesionado y la compañía de seguros/gestor de reclamaciones tienen individualmente el derecho de obtener otra opinión médica a través de un Examen Médico Independiente (IME). La compañía de seguros/el gestor de reclamaciones pagará la IME del empleado sólo cuando se seleccione a un médico de la red para dar la opinión, o bien se tome una decisión para autorizar el tratamiento recomendado en el informe de la IME. El médico a cargo de la IME no puede convertirse en el médico a cargo del tratamiento.</p>
<p>14. ¿Con quién me comunico para presentar una queja formal?</p>	<p>Comuníquese con el Coordinador de Quejas Formales por teléfono llamando al 1-800-842-6771, o al 800-448-0798. Dirección: Travelers Workers Compensation Managed Care Arrangement Attention: Grievance Coordinator P. O. Box 715 Orlando, FL 32802 (Lea el "Procedimiento de Presentación de Quejas Formales" y el formulario de Presentación de Queja Formal que se adjuntan a este documento)</p>

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

THE TRAVELERS WORKERS COMPENSATION MANAGED CARE ARRANGEMENT NETWORK SERVICES

Employee Satisfaction Survey

Our goal is for you to be satisfied with the medical treatment provided during participation in the Travelers Workers Compensation Managed Care Program. We are concerned about the quality of services received from network providers. The form on the following page is a feedback mechanism for expressing the results of medical treatment, both good and bad.

This feedback form is used by Travelers when a specific quality concern has been identified and/or in a random survey process to determine satisfaction with the providers in the workers compensation network.

For the Employee:

If you have been particularly pleased or frustrated by the treatment you received, we will forward a copy of your completed survey to our Managed Care Network, Coventry Integrated Network. Coventry will address the provider concerns you have expressed in your survey. If they have additional questions, a representative from Coventry may contact you directly.

For the Employer: You may want to use this form when an employee expresses:

- Exceptional satisfaction with care that was provided
- Dissatisfaction with care that was provided
- Concerns about the facility/office
- Positive experiences with the facility/office

When an employee is dissatisfied please encourage them to provide their address on the survey in case it is necessary to make contact for additional information.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

THE TRAVELERS WORKERS COMPENSATION MANAGED CARE ARRANGEMENT INDEPENDENT NETWORK SERVICES

We want you to be satisfied with the medical treatment you have received as a participant in the Travelers Workers Compensation Managed Care Program. We appreciate your input on the following:

(Name of Provider/Clinic)

(Please circle appropriate choice)

1. Was the clinic or office clean?
 - A. very clean
 - B. somewhat clean
 - C. dirty
 - D. very dirty

2. How long did you wait to be seen by the medical staff?
 - A. less than 20 min.
 - B. 30-45 min.
 - C. 45 min- 1 ½ hrs.
 - D. over 1 ½ hrs.

3. Were you treated with care and attention?
 - A. very much so
 - B. careful and attentive
 - C. not so careful or attentive
 - D. very inattentive

4. Did the medical staff explain your diagnosis and/or treatment plan?
 - A. very much so
 - B. explained somewhat
 - C. did not fully cover all issues
 - D. did not explain at all

5. Overall, were you satisfied with your visit?
 - A. very satisfied
 - B. somewhat satisfied
 - C. somewhat dissatisfied
 - D. very dissatisfied

ADDITIONAL COMMENTS: _____

NAME: _____ DATE: _____
ADDRESS: _____ PHONE NUMBER: _____

***** Please return this completed questionnaire to:
The Workers Compensation Managed Care Arrangement
Travelers
P.O. Box 715, Orlando, Florida 32802

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

SERVICIOS DE LA RED DEL CONVENIO DE CUIDADOS MÉDICOS ADMINISTRADOS DE COMPENSACIÓN LEGAL POR ACCIDENTES DE TRABAJO DE TRAVELERS

Encuesta de Satisfacción del Empleado

Nuestro objetivo es que usted esté satisfecho con el tratamiento médico proporcionado durante la participación en el Programa de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Travelers. Nos preocupamos por los servicios que ha recibido de los proveedores de la red. El formulario de la página siguiente es un mecanismo para brindar comentarios y sugerencias que permite expresar los resultados del tratamiento médico, tanto positivos como negativos.

Este formulario de comentarios y sugerencias es utilizado por Travelers cuando se ha identificado alguna inquietud específica en lo que respecta a la calidad y/o en un proceso aleatorio de encuestas para determinar la satisfacción con los proveedores de la Red de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo.

Para el Empleado:

Si se ha sentido particularmente satisfecho o frustrado por el tratamiento que recibió, le enviaremos una copia de la encuesta que ha llenado a nuestra Red de Cuidados Médicos Administrados, Coventry Integrated Network. Coventry abordará las inquietudes en cuanto a los proveedores que usted ha incluido en su encuesta. Si ellos tienen más preguntas, un representante de Coventry puede comunicarse directamente con usted.

Para el Empleador: Puede utilizar este formulario cuando un empleado exprese:

- Una satisfacción excepcional en lo que respecta a los cuidados proporcionados
- Insatisfacción en lo que respecta a los cuidados proporcionados
- Inquietudes sobre la instalación/oficina
- Experiencias positivas en relación con la instalación/consultorio

Cuando un empleado no esté satisfecho, invítelo a incluir su dirección en la encuesta por si es necesario comunicarse con él para obtener más información.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

SERVICIOS DE RED INDEPENDIENTE DE CONVENIO DE ATENCIÓN MÉDICA DIRIGIDA DE COMPENSACIÓN LABORAL DE THE TRAVELERS

Deseamos que usted se sienta satisfecho con el tratamiento médico que ha recibido como participante del Programa de Atención Médica Dirigida de Compensación Laboral de Travelers. Agradeceríamos su información sobre lo siguiente:

(Nombre del Proveedor o Clínica)

(Pro favor circule la selección adecuada)

1. ¿Estaba limpia la clínica o consulta?
 - A. muy limpia
 - B. más o menos limpia
 - C. sucia
 - D. muy sucia

2. ¿Cuánto tuvo que esperar para que lo atienda el médico?
 - A. menos de 20 min.
 - B. 30-45 min.
 - C. 45 min- 1 ½ horas
 - D. más de 1 ½ horas

3. ¿Lo trataron con cuidado y atención?
 - A. con mucho cuidado y mucha atención
 - B. con cuidado y atención
 - C. sin tanto cuidado ni atención
 - D. muy desalentamente

4. ¿Le explicaron los médicos su diagnóstico y/o el plan de tratamiento?
 - A. explicaron en detalle
 - B. explicaron en cierta medida
 - C. no cubrieron todas las cuestiones
 - D. no explicaron nada

5. En general, ¿quedó satisfecho con su visita?
 - A. muy satisfecho
 - B. satisfecho en parte
 - C. insatisfecho en parte
 - D. muy insatisfecho

COMENTARIOS ADICIONALES: _____

NOMBRE: _____ FECHA: _____
DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO: _____

***** Devuelva este cuestionario debidamente llenado a:
The Workers Compensation Managed Care Arrangement
Travelers
P. O. Box 715
Orlando, Florida 32802

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

THE WORKERS COMPENSATION MANAGED CARE ARRANGEMENT EMPLOYEE RIGHTS & RESPONSIBILITIES

Your Employer and workers compensation Carrier/Claim Administrator are committed to seeing that you receive appropriate medical treatment if you are injured on the job. Because you are a significant partner in your recovery, it is important that you understand your Workers Compensation Managed Care rights and responsibilities.

Employee Rights

- Prompt emergency treatment when needed (preferably through network facilities)
- Timely coordination of medical care ordered by authorized network physicians
- Return to Work as soon as medically feasible (possibly to modified duty, initially)
- Assistance in selection of Primary Care Physician
- Use of Grievance Policy (attached) to resolve disagreements about medical care
- Discussion of medical and Return to Work plans with the Medical Care Coordinator (MCC - gatekeeper) including:
 - Referral to a network physician or specialist
 - One time change in network physician during life of your claim
 - Possible second opinion with network provider
- Use of one Independent Medical Examination (IME), to gain another opinion about medical care
- Once during the life of the claim, a change in authorized physician, to another Network physician in the same specialty
- Medical treatment within reasonable distance from your usual work site (i.e., primary care within 30 miles and specialty care within 60 miles.)
- Medical care with a non-Network physician only if:
 - Physician is providing emergency care
 - Compensability of the claim has been denied
 - Physician provides medically necessary service that is not available through the Network and the service has been ordered by an authorized treating Network physician
- You should not receive billing from any authorized provider treating your work related injury. If you receive billing, contact your Claims Adjuster.
- For additional information about rights and responsibilities, contact the State of Florida's Workers' Compensation Employee Assistance Office using 800-342-1741

Employee Responsibilities

- Report your injury to your employer as promptly as possible
- If you are not clear about your rights and responsibilities, ask your employer and/or Travelers for assistance
- Participate in medical care with Network providers identified by or selected by your employer and/or Travelers.
- Participate in medical care as ordered by the authorized treating Network physician. If you are not working, participating in medical treatment is your job until you are able to Return to Work.
- For each medical appointment be sure to gain documentation of your Return to Work status and restrictions and give the document to your employer.
- Return to Work when released by your authorized treating Network physician and work within the restrictions (if any) identified by the physician.
- If you would like new or different medical care, discuss your request with the Medical Care Coordinator (MCC – gatekeeper) and/or treating Network physician
- If you have a complaint about your care, contact the Claims Adjuster or Medical Case Manager so that they can help resolve the problem.
- If the problem continues, by Florida law you must utilize the Grievance procedures to attempt to resolve the problem before filing a Petition for Benefits.

** Failure to cooperate with medical treatment may negatively affect (reduce or eliminate) your claim benefits.*

Any person or entity who willfully and knowingly makes any material false statement or representation for the purpose of obtaining any benefit or payment, or for the purpose of defeating or wrongfully increasing or decreasing any claim for benefit or payment for workers compensation coverage, or who aids and abets for said purpose, may be subject to civil or criminal penalties, or both.

If you have any questions, you may contact the WORKERS COMPENSATION MANAGED CARE ARRANGEMENT using: **1-800-842-6771** or your employer.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

EL CONVENIO DE CUIDADOS MÉDICOS ADMINISTRADOS DE COMPENSACIÓN LEGAL POR ACCIDENTES DE TRABAJO

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES DEL EMPLEADO

Su empleador y el gestor de reclamaciones/compañía de seguros de compensación legal por accidentes de trabajo tienen el compromiso de verificar que usted reciba el tratamiento médico adecuado si sufre una lesión en el trabajo. Debido a que usted es una parte significativa en lo que respecta a su recuperación, es importante que entienda los derechos y las responsabilidades relacionados a los Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo.

Derechos del empleado

- Tratamiento de emergencia de inmediato cuando sea necesario (preferentemente a través de las instalaciones de la red).
- Coordinación oportuna de los cuidados médicos indicados por los médicos autorizados de la red.
- Reincorporación al trabajo tan pronto como sea posible, desde el punto de vista médico (posiblemente a tareas modificadas, en un comienzo).
- Ayuda para la selección de un Médico de Cabecera (PCP).
- Uso de la Política de Presentación de Quejas Formales (adjunta) para resolver desacuerdos en lo que respecta a los cuidados médicos.
- Conversación acerca de los planes médicos y de reincorporación al trabajo con el Coordinador de Cuidados Médicos (MCC - coordinador) incluyendo:
 - Referidos a un médico o especialista de la red
 - Cambio por única vez de médico de la red durante la vigencia de su reclamación
 - Segunda opinión posible a cargo de un médico de la red
- Uso de un Examen Médico Independiente (IME) para obtener otra opinión sobre los cuidados médicos.
- Por única vez durante la vigencia de la reclamación, un cambio de médico autorizado a otro médico de la red, de la misma especialidad.
- Tratamiento médico a una distancia razonable de su trabajo habitual (por ejemplo, servicios de atención primaria dentro de las 30 millas, y servicios de atención especializada dentro de las 60 millas).
- Cuidados médicos proporcionados por un médico que no pertenezca a la red, sólo si:
 - El médico proporciona cuidados de emergencia
 - Se ha denegado la compensación de la reclamación
 - El médico proporciona un servicio médico clínicamente necesario que no está disponible a través de la red y el servicio ha sido solicitado por un médico de la red a cargo del tratamiento
- Usted no recibirá facturas de ningún proveedor autorizado que esté a cargo del tratamiento de su lesión relacionada con el trabajo. Si recibe facturas, comuníquese con el Tasador de Reclamaciones.
- Para obtener información adicional sobre derechos y responsabilidades, comuníquese con la Oficina de Asistencia al Empleado de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo del Estado de Florida llamando al 800-342-1741.

Responsabilidades del empleado

- Informe sobre su lesión a su empleador lo antes posible.
- Si no está seguro de sus derechos y responsabilidades, solicite ayuda a su empleador y/o a Travelers.
- Reciba cuidados médicos de proveedores de la red identificados o seleccionados por su empleador y/o Travelers.
- Reciba cuidados médicos según lo indicado por el médico autorizado de la red a cargo del tratamiento. Si no está trabajando, su tarea es participar en el tratamiento médico hasta que pueda volver a trabajar.
- En cada cita con el médico, asegúrese de obtener la documentación sobre su condición para la reincorporación al trabajo así como las restricciones, y entregue ese documento a su empleador.
- Reincorpórese al trabajo cuando el médico autorizado de la red a cargo de su tratamiento le autorice a hacerlo, dentro de las restricciones (si las hubiera) identificadas por el médico.
- Si desea recibir cuidados médicos nuevos o diferentes, hable sobre su solicitud con el Coordinador de Cuidados Médicos (MCC – coordinador) y/o con el médico de la red a cargo de su tratamiento.
- Si tiene una queja formal sobre los cuidados médicos recibidos, comuníquese con el Tasador de Reclamaciones o con el Gestor de Casos Médicos para que le ayuden a resolver el problema.
- Si el problema continúa, conforme a las leyes de Florida usted debe usar los Procedimientos de Presentación de Quejas Formales para intentar resolver el problema antes de presentar una Solicitud de Beneficios.

** El hecho de no colaborar con el tratamiento médico puede afectar de manera negativa (reducir o eliminar) los beneficios correspondientes a su reclamación.*

Cualquier persona o entidad que voluntaria y deliberadamente haga cualquier declaración o manifestación importante falsa con el fin de obtener algún beneficio o pago, o con el propósito de frustrar o, de manera indebida, incrementar o reducir cualquier reclamación para beneficio o pago de cobertura de la compensación legal por accidentes de trabajo, o que contribuya o incite a tal finalidad, podrá quedar sujeta a sanciones civiles o penales, o a ambas.

Si tiene alguna pregunta, puede comunicarse con el CONVENIO DE CUIDADOS MÉDICOS ADMINISTRADOS DE COMPENSACIÓN LEGAL POR ACCIDENTES DE TRABAJO llamando al: **1-800-842-6771** o a su empleador.

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

GRIEVANCE POLICY

Your employer and the WC/MCA want to ensure that you receive appropriate medical treatment in the event you are injured on the job. If you would like treatment with a specialist or other medical services, you may contact your MCC or authorized treating physician to gain a referral. The grievance policy only applies to medical requests from authorized treating physicians in a specific claim.

1. Your first request for authorization of a physician or a medical service should always be made to the Case Manager or Adjuster who will strive to resolve your issue as promptly as possible. Your request may be referred to the MCC assigned to your claim, or an independent Physician Advisor. An opinion will be provided concerning the medical necessity and/or appropriateness of the request as related to your injury. You will receive a response to your concern within 7-14 days after we receive your request.
2. If at any time you are dissatisfied or have a complaint concerning the medical care and treatment provided for your work related injury, you should contact your Case Manager or Adjuster. Every effort will be made to resolve your complaint within 10 days of receipt. With your agreement, additional time may be utilized (if necessary) to resolve the problem.
3. If a specific request has been denied, within one year from the date of denial, you may file a formal written Grievance with the Grievance Coordinator of the WC/MCA. The Grievance Coordinator will review your case and make administrative decisions concerning your request. A decision will be provided within 14 days from the date we receive your written Grievance Form, and you will be promptly notified in writing of the results.

Specifically when you are requesting a second change in physician (after your statutory 1 time change in physician), you must attach medical documentation to the Grievance Form which substantiates that: you have not made significant progress in recovery after 6 months of treatment; treatment is not consistent with AHRQ guidelines; and/or treatment is not consistent with established codes of ethical medical conduct. The grievance process does not begin in this case without the necessary documentation attached to the Grievance Form.

Following review of your request by the Grievance Coordinator, if the request continues to be denied, you will be informed that your request will be forwarded to the Grievance Committee for review. The committee, including a Florida licensed physician, will review the request within 30 days of the committee's receipt of the grievance. Occasionally, an additional 14 days is needed because additional information is required. You will be promptly informed in writing, of the Grievance Committee status and decision.

4. You may file an "Urgent Grievance" if your PCP or MCC determines that your medical status is at significant risk of deterioration if a response is not made within 72 hours. The Grievance Coordinator will review the request and notify you of the decision within 3 days.

For both the formal Grievance and the Urgent Grievance requests, completion of AHCA form No. 3160-0019 is required. According to Florida Workers Compensation law, a Petition for Benefits is not a Grievance, and the Petition for Benefits form may not be used to replace the Grievance Form. The Grievance Form is attached, or you may use the contact information below to request the form.

According to Florida law, you may file a Petition for Benefits only upon completion of the grievance process above. The Workers Compensation Employee Assistance Office can be contacted at 200 East Gaines St., Tallahassee, FL 32399-4225. You may also contact the Employee Assistance Office using 800-342-1741.

Every effort will be made to resolve your grievance at the earliest possible time. Most verbal requests or complaints can be resolved at the time of the initial telephone conversation. At any time during the processing of your grievance, you may request a personal meeting to be held at a convenient location.

If you have any questions concerning the WC MCA Grievance Process, please call 1-800-448-0798 or write:

Travelers
Workers Compensation Managed Care Arrangement
ATTN: GRIEVANCE COORDINATOR
P. O. Box 715
Orlando, FL 32802

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

POLÍTICA DE PRESENTACIÓN DE QUEJAS FORMALES

Su empleador y WC MCA quieren asegurarse de que usted reciba el tratamiento médico adecuado en caso de que sufra una lesión en su trabajo. Si desea recibir tratamiento por parte de un especialista u otros servicios médicos, puede comunicarse con su MCC o con el médico autorizado a cargo de su tratamiento para que le otorguen un referido. La política de presentación de Quejas Formales sólo se aplica a solicitudes médicas de médicos autorizados a cargo del tratamiento en una reclamación específica.

1. Su primera solicitud de autorización de médico o servicio médico debe presentarse siempre al Gestor de Casos o al Tasador quienes se esforzarán por resolver su problema lo antes posible. Su solicitud puede ser referida al MCC asignado a su reclamación, o a un Asesor Médico Independiente. Se dará una opinión en lo que respecta a la necesidad médica y/o a la idoneidad de la solicitud en relación con su lesión. Recibirá una respuesta a su inquietud entre los 7 y los 14 días posteriores a la recepción por parte nuestra de la solicitud.
2. Si en algún momento no se siente satisfecho o tiene una queja relacionada con el tratamiento y los cuidados médicos proporcionados para su lesión relacionada con el trabajo, comuníquese con su Tasador o Gestor de Casos. Haremos todos los esfuerzos posibles para encontrar una solución a su queja dentro de los 10 días posteriores a la recepción de la misma. Con su consentimiento, podemos hacer uso de tiempo adicional para resolver el problema (de ser necesario).
3. Si se ha denegado una solicitud específica, dentro de un plazo de un año contado a partir de la fecha de la denegación, usted puede presentar una queja formal por escrito al Coordinador de Quejas Formales del WC MCA. El Coordinador de Quejas Formales revisará su caso y tomará las decisiones administrativas relacionadas con su solicitud. Se tomará una decisión dentro de los 14 días posteriores a la recepción por parte nuestra de su Formulario de Presentación de Queja Formal, y le proporcionaremos a la brevedad una notificación por escrito de los resultados.

Específicamente cuando usted nos solicite un segundo cambio de médico (después de solicitar el reglamentario cambio de médico por única vez), debe adjuntar la documentación médica al Formulario de Presentación de Queja Formal que pruebe que: no se han logrado avances de importancia en la recuperación después de 6 meses de tratamiento; el tratamiento no concuerda con las directrices de la Agencia de Investigación y Calidad de la Atención Médica (AHRQ, por sus siglas en inglés); y/o el tratamiento no concuerda con los códigos de ética médica establecidos. No se da inicio en este caso al proceso de presentación de quejas formales si no se adjunta la documentación necesaria al Formulario de Presentación de Queja Formal.

Después de que el Coordinador de Quejas Formales revise su solicitud, si se sigue denegando la solicitud, se le informará que su solicitud será enviada al Comité de Quejas Formales para su revisión. El comité, que incluye un médico con licencia de Florida, revisará la solicitud dentro de los 30 días posteriores a la fecha en que el comité reciba la queja formal. De vez en cuando, se necesitan 14 días más porque es necesario obtener más información. Se le informará por escrito a la brevedad acerca del estado y la decisión del Comité de Quejas Formales.

4. Puede presentar una "Queja Formal Urgente" si su PCP o MCC determina que su condición médica muestra un riesgo significativo de deterioro si no se obtiene una respuesta dentro de un plazo de 72 horas. El Coordinador de Quejas Formales revisará la solicitud y le notificará sobre la decisión en un plazo de 3 días.

Tanto para las solicitudes de Queja Formal y Queja Formal Urgente, se requiere completar el formulario No. 3160-0019 de la Agencia para la Administración del Cuidado de la Salud (AHCA). Conforme a la ley de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Florida, una de Solicitud de Beneficios no es una Queja Formal, y el formulario de Solicitud de Beneficios no puede ser utilizado para reemplazar un Formulario de Presentación de Queja Formal. Se adjunta el Formulario de Presentación de Queja Formal, o bien, usted puede usar la información que aparece más abajo para solicitar el formulario.

Conforme a las leyes de Florida, usted puede presentar una Solicitud de Beneficios sólo después de completar el proceso de presentación de queja formal que se indica más arriba. Puede comunicarse con la Oficina de Asistencia al Empleado de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo [Workers Compensation Employee Assistance Office] que se encuentra en 200 East Gaines St., Tallahassee, FL 32399-4225. También puede comunicarse con la Oficina de Asistencia al Empleado llamando al 800-342-1741.

Se harán todos los esfuerzos posibles para resolver su queja formal lo antes posible. La mayoría de las solicitudes o quejas formales pueden ser resueltas en la conversación telefónica inicial. En cualquier momento, mientras se procesa su queja formal, puede solicitar una reunión personal a ser realizada en una ubicación que le resulte conveniente.

Si tiene alguna pregunta sobre el Proceso de Presentación de Quejas Formales de WC MCA, llame al 1-800-448-0798 o escriba a:

**Travelers Workers Compensation Managed Care Arrangement
Attn: GRIEVANCE COORDINATOR,
P. O. Box 715, Orlando, FL 32802**

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

See Reverse of Form for Information Regarding Filing a Grievance

Florida Workers' Compensation Managed Care Arrangement FORMAL GRIEVANCE FORM

An Injured Worker or Health Care Provider shall use this form to request a formal review about dissatisfaction with medical care issues provided by or on behalf of a Workers' Compensation Managed Care Arrangement.

The Grievance is being filed by: Provider Injured Worker / Designated Representative Family Member
 Attorney Other

Date of Injury: _____

INJURED WORKER'S / PROVIDER'S NAME: _____

Social Security Number _____

Address: _____

Home Telephone: _____ Work / Alternate Phone: _____

Contact if other than injured worker or provider _____ Telephone # _____

PRIMARY CARE / TREATING PHYSICIAN: _____

Address: _____

Office Telephone: _____

If the space provided below is inadequate for you to fully explain your concern or the action you desire, continue your statement on a sheet of plain paper. Please be sure your name and social security number appear on each page of any attachment.

Why is this grievance being filed? (Nature of the problem): _____

Has a grievance been previously filed? YES NO. If YES, Date Sent? _____

What Action Would You Like to See Taken? _____

Have you received any information regarding your rights and responsibilities under WC Managed Care? YES NO

Form 3160-0019 November, 2000

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

INTENT: The grievance procedure is intended to be self-executing and easy to use. An injured worker may call the grievance coordinator directly without completing this form. The grievance coordinator may complete the form for the injured worker. A review regarding the requested medical care will begin immediately, and a decision made within 44 days of receipt, unless additional information is required from outside the service area. The review period may be extended by mutual agreement between the injured worker and the grievance coordinator, with notice provided to all other participating parties.

The injured worker's participation in the grievance process is important to the resolution of medical issues.

Individuals reviewing the grievance may need to speak directly with and receive input from the injured worker. If the injured worker is unable to participate actively in the grievance process, a patient advocate may participate on behalf of the injured worker.

If the injured worker, employer or carrier is dissatisfied with the final decision of the grievance committee, the dissatisfied party has the right to file a petition for Benefits with the Florida Division of Workers' Compensation.

Any person who, knowingly and with intent to injure, defraud or deceive any employee, insurance company, or self-insured program, files a statement of claim containing any false or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Form Completed by: _____
Injured Worker/Provider/Other

Date Form Completed/Signed

Signature of Grievance Coordinator

Date Grievance Coordinator Signed

MAIL TO:

The Workers Compensation Managed Care Arrangement
Travelers
ATTN: GRIEVANCE COORDINATOR
P.O. Box 715
Orlando, FL 32802

Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Florida

Consulte en el Reverso del Formulario la Información Relacionada con la Presentación de una Queja Formal

**Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Florida
FORMULARIO DE PRESENTACIÓN DE QUEJA FORMAL**

Un Trabajador Lesionado o Proveedor de Cuidados de la Salud podrá usar este formulario para solicitar una revisión formal sobre satisfacción en lo que respecta a problemas relacionados con cuidados médicos proporcionados por o en nombre de un Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo.

La Queja Formal es presentada por: Proveedor Trabajador lesionado o Representante designado Miembro de la familia
 Abogado Otro

Fecha de la lesión: _____

NOMBRE DE TRABAJADOR LESIONADO/PROVEEDOR:

Número de Seguro Social _____

Dirección: _____

Teléfono particular: _____ Teléfono del trabajo / alternativo: _____

Contacto que no sea el trabajador lesionado o el proveedor _____ Número de teléfono _____

MÉDICO DE CABECERA / A CARGO DEL TRATAMIENTO:

Dirección: _____

Teléfono del consultorio: _____

Si el espacio que se proporciona abajo no es suficiente para que explique en detalle su inquietud o la medida que desea que se tome, continúe con su declaración en una hoja de papel lisa. Asegúrese de incluir su nombre y su número de seguro social en cada una de las páginas de todos los documentos adjuntos.

¿Por qué presenta esta queja formal? (Naturaleza del problema):

¿Ha presentado una queja formal anteriormente? SÍ NO Si la respuesta es SÍ, fecha en que fue enviada: _____

¿Qué medida desearía que se tome? _____

¿Ha recibido algún tipo de información relacionada con sus derechos y responsabilidades conforme a los Cuidados Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo? Sí No

Convenio de Cuidados Médicos Administrados de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Florida

PROPÓSITO: El procedimiento de presentación de quejas formales tiene el fin de ser efectivo automáticamente y fácil de usar. Un trabajador lesionado puede llamar al coordinador de quejas formales directamente, sin completar este formulario. El coordinador de quejas formales puede completar este formulario en nombre de un trabajador lesionado. Se dará inicio de inmediato a una revisión relacionada con los cuidados médicos solicitados, y se tomará una decisión dentro de los 44 días posteriores a la recepción, a menos que se requiera información adicional que se encuentre fuera del área de servicio. El período de revisión puede prolongarse por mutuo acuerdo entre el trabajador lesionado y el coordinador de quejas formales, con una notificación proporcionada a las demás partes participantes.

La participación del trabajador lesionado en el proceso de presentación de queja formal es importante para la resolución de problemas de carácter médico. Es posible que las personas que revisen la queja necesiten hablar directamente con el trabajador lesionado y contar con su colaboración y comentarios. Si el trabajador lesionado no puede participar activamente en el proceso de presentación de queja formal, un representante del paciente puede hacerlo en nombre del trabajador lesionado.

Si el trabajador lesionado o empleador de la compañía de seguros está insatisfecho con la decisión final del comité de quejas formales, la parte insatisfecha tiene derecho a presentar una solicitud de Beneficios ante la División de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de Florida.

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, estafar o engañar a cualquier empleado, compañía de seguros o programa de autoseguro, presente una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Formulario llenado por: _____
Trabajador lesionado/Proveedor/Otro

Fecha en que se llenó/firmó el formulario

Firma del Coordinador de Quejas Formales

Fecha de firma del Coordinador de Quejas Formales

ENVIAR POR CORREO A:

The Workers Compensation Managed Care Arrangement
Travelers
ATTN: GRIEVANCE COORDINATOR
P.O. Box 715
Orlando, FL 32802

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

FLORIDA WORKERS COMPENSATION MANAGED CARE

Acknowledgement Form:

I acknowledge receipt, review and understanding of the Florida Workers Compensation Managed Care educational materials.

Date

Name

Signature

Florida Workers Compensation Managed Care Arrangement

ATENCIÓN ADMINISTRADA DE LA FLORIDA

Formulario de Acuse de Recibo:

Reconozco que he recibido, revisado y entendido los materiales informativos de Atención Administrada de Compensación Legal por Accidentes de Trabajo de la Florida.

Fecha

Nombre

Firma