

Entendiendo la Clausura de Reclamación y Sus Derechos



Una guía para trabajadores lesionados

¿Qué es una clausura de reclamación?

Cuando la aseguradora acepta su reclamación como incapacitante, usted es notificado de que su reclamación está abierta o activa. La reclamación continuará normalmente en ese estado hasta que usted se recupere de su lesión en el trabajo. Una vez que usted se haya recuperado o que de otra manera su reclamación califique, la aseguradora cerrará su reclamación, lo cual pone su reclamación en estado inactivo.

¿Cuándo puede ser cerrada mi reclamación?

Una reclamación se cierra si alguno de los siguientes casos ocurre:

- Su expediente médico indica que usted está médicamente estacionario. Esto significa que su proveedor médico dice que su condición no mejorará con más tratamiento o con el paso del tiempo. Esto puede significar, que aunque usted no ha regresado a su estado normal, tampoco es probable que futuro tratamiento le ayude.
- Su accidente de trabajo ya no es la causa principal de su incapacidad o ya no hay necesidad de tratamiento.
- Usted ha fallado en asistir a sus citas médicas.

¿Cómo sabré que mi reclamación ha sido cerrada?

Su aseguradora le enviará el Formulario

1644s, Notificación de Clausura. Esta notificación es importante por que contiene la siguiente información:

- Autorización para regresar al trabajo, ejemplo: trabajo regular o modificado.
- Indicará las fechas que su proveedor médico dijo que usted puede estar fuera del trabajo o hacer trabajo modificado debido a su condición aceptada.
- Cualquier incapacidad permanente resultante de la condición aceptada.
- La cantidad en dólares de cualquier incapacidad permanente resultante de la condición aceptada.
- La fecha en que su condición se hizo médicamente estacionaria o su reclamación podría ser cerrada por otras razones.
- La fecha de terminación del periodo de cinco años de sus derechos de agravación. Si su condición empeora dentro de este periodo de cinco años, usted tiene derecho a solicitar que su reclamación sea reabierta.

Usted también recibirá un documento separado titulado "Aviso de Aceptación de Clausura Actualizado". Este listará las condiciones médicas aceptadas y rechazadas por su aseguradora.

¿Cómo decide la aseguradora cuales son mis beneficios e incapacidad?

La aseguradora determina su incapacidad y decide sus beneficios usando los estándares establecidos por la Legislatura de Oregon y la División de Compensación para Trabajadores.

¿Qué es incapacidad parcial permanente?

Incapacidad parcial permanente es la pérdida permanente del uso o función de cualquier porción del cuerpo como resultado de sus condiciones aceptadas.

¿Cuándo recibiré el pago, si es que tengo una incapacidad parcial permanente?

La aseguradora tiene un plazo de 30 días a partir de la fecha de franqueo del Aviso de Clausura para comenzar los pagos por incapacidad permanente.

- Si la cantidad otorgada por su incapacidad parcial permanente es de \$6,000 o menos y usted no a apelado la Notificación de Clausura, la aseguradora hará el pago de la suma total (un sólo pago) dentro de 30 días a partir de la fecha del Aviso de Clausura.
- Si la cantidad otorgada por su incapacidad parcial permanente es mayor de \$6,000, la aseguradora empezará a hacer pagos mensuales dentro de 30 días a partir de la fecha del Aviso de Clausura, aunque usted haya apelado la Notificación de Clausura.

Usted puede pedir a la aseguradora el pago de la suma total si el valor de su incapacidad parcial permanente es mayor de \$6,000. Sin embargo si usted apela la cantidad otorgada por su incapacidad parcial permanente, usted no podrá recibir un solo pago de la suma total hasta que el proceso de apelación haya finalizado.

Si usted pide el pago de la suma total y acepta cualquier parte del pago de su incapacidad parcial permanente, usted renuncia al derecho de poder apelar la cantidad otorgada.

Cuidado médico después de la clausura

¿Qué sucede si sigo necesitando cuidado médico?

PROTECCIÓN PARA TRABAJADORES



Consumer and Business Services

División de Compensación para Trabajadores

Después de que usted está médicamente estacionario, la aseguradora continúa siendo responsable por algunos servicios médicos siempre y cuando su necesidad actual por tratamiento médico sea relacionada con las condiciones aceptadas. La aseguradora continuará cubriendo servicios médicos tales como el costo de prescripciones, diagnóstico, y cuidados de atención para preservar la vida que sean relacionados con las condiciones aceptadas. Póngase en contacto con la aseguradora si no está seguro de qué gastos médicos están cubiertos.

¿Qué sucede si mi condición médica empeora y no puedo trabajar o necesito más tratamiento médico?

Si su condición médica aceptada empeora, usted puede solicitar que su reclamación sea reabierta. Usted debe llenar en la oficina de su doctor la Forma 827s, Reporte del Trabajador y del Proveedor Médico para Reclamaciones de Compensación para Trabajadores y marque el casillero "Reporte de agravación de lesión original (empeoramiento actual de la condición)."

¿Qué sucede si no puedo regresar a mi trabajo regular?

Es posible que sea elegible para asistencia vocacional si es que usted no tiene autorización para regresar a trabajo regular y tiene una incapacidad permanente. Si desea saber si usted es elegible para servicios vocacionales, usted puede enviar una carta a la aseguradora solicitando una evaluación para elegibilidad vocacional. La aseguradora debe iniciar la evaluación o negar su solicitud. Usted tendrá derechos de apelación.

Reconsideración de una Notificación de Clausura

¿Qué es la reconsideración?

La reconsideración es una revisión de la clausura de su reclamación. La revisión es hecha por la División de Compensación para Trabajadores después de que usted o la aseguradora hacen una apelación. Usted puede solicitar la revisión de cualquier parte de la Notificación de Clausura. Las aseguradoras están limitadas a pedir la revisión de impedimentos encontrados que conducen a otorgar

una recompensa por su incapacidad parcial permanente. Cualquier porción de la clausura que sea apelada puede mantenerse o corregirse, y la incapacidad parcial permanente puede mantenerse igual, aumentarse, o reducirse.

¿Quién puede apelar la clausura de una reclamación?

Tanto usted como la aseguradora pueden apelar el Aviso de Clausura. Usted tiene 60 días a partir de la fecha de franqueo del Aviso de Clausura — la fecha en que su reclamación fue clausurada — para solicitar la revisión de cualquier parte de la Clausura.

¿Debería apelar la clausura de mi reclamación?

La decisión de apelar depende de usted. Puede consultar con un abogado o pedir asistencia a la Oficina del Ombudsman para Trabajadores Lastimados. Algunas de las razones para apelar la Notificación de Clausura son:

- Usted cree que la aseguradora no debería haber cerrado su reclamación porque no está médicamente estacionario.
- Usted cree que debería haber recibido beneficios de incapacidad temporal por un período diferente al listado en la clausura.
- Usted cree que tiene incapacidad permanente y no está otorgada en la clausura.
- Usted cree que tiene más incapacidad permanente de la otorgada en la clausura.

¿Cómo debo apelar la clausura de mi reclamación?

Usted debe solicitar la reconsideración dentro de 60 días a partir de la fecha del Aviso de Clausura de su reclamación. Usted necesita llenar el formulario 2223a-s, Petición del Trabajador para Reconsideración el mismo que se encuentra disponible en el sitio Web de la División de Compensación para Trabajadores, <http://wcd.oregon.gov/forms/Pages/forms.aspx>. Si desea que se le envíe el formulario por correo o desea pedir la reconsideración por teléfono póngase en contacto con la Sección de Revisión de Apelaciones al 503-947-7817.

Directorio de Servicios

Con quién puedo ponerme en contacto?

LA ASEGURADORA

El nombre, dirección, y número de teléfono de su aseguradora están impresos al frente de la Notificación de Clausura.

OMBUDSMAN PARA TRABAJADORES LASTIMADOS

El ombudsman puede explicarle sus derechos y como apelar la clausura y si hay otros beneficios disponibles para usted.

Línea gratuita: 1-800-927-1271
503-378-3351

UN ABOGADO

Póngase en contacto con la Asociación de Abogados de Oregon (Oregon State Bar) para información de abogados especializado en compensación para trabajadores:
<http://www.oregonstatebar.org>.

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES

Sección de Revisión de Apelaciones

Para información acerca de cómo apelar la clausura de su reclamación.

Línea gratuita: 1-800-452-0288
503-947-7817

Sección de Beneficios y Certificaciones

Para más información general sobre su reclamo, cierre de su reclamo, o otros beneficios, llame a la división.

Línea gratuita: 1-800-452-0288
503-947-7840

E-mail: workcomp.questions@oregon.gov
Sitio Web: www.wcd.oregon.gov

Oregon División de Compensación para Trabajadores

350 Winter St. NE
P.O. Box 14480
Salem, OR 97309-0405

WCD: 503-947-7810

Línea gratuita en oregon: 1-800-452-0288