



America's small business insurance specialist®

## Basic Accident Report

Date of Report: \_\_\_\_\_ Report Completed By: \_\_\_\_\_

Last Name of Injured Person:	First Name:	Job Title:
Date of Accident:	Time of Accident:	Location of Accident:
Supervisor's Name & Job Title:		Name of Witnesses:
Full Description of Injuries:		
Description of accident/incident or employee's account, including sequence of events preceding the accident:		
Basic cause and contributory causes. Explain fully unsafe act, unsafe condition, personal factor, other:		
Recommended Corrective Measures:		Action By:
Names of Inspection Team Participants:		
Management Review By:	Date to be Completed By:	

EMPLOYERS® and America's small business insurance specialist® are registered trademarks of Employers Insurance Company of Nevada. Insurance is offered through Employers Compensation Insurance Company, Employers Insurance Company of Nevada, Employers Preferred Insurance Company, and Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (in California, dba EIG Insurance Services) is an affiliated agency and adjuster. Not all insurers do business in all jurisdictions.



America's small business insurance specialist®

## Informe Básico de Accidentes

Fecha Del Informe: \_\_\_\_\_ Informe Completado Por: \_\_\_\_\_

Apellido De La Persona Lesionada:	Primer Nombre:	Puesto De Trabajo:
Fecha Del Accidente:	Hora Del Accidente:	Lugar Del Accidente:
Nombre Del Supervisor Y Cargo:	Nombre De Los Testigos:	
Descripción Completa De Las Lesiones:		
Descripción del accidente / incidente o versión del empleado, incluyendo la secuencia de eventos que preceden al accidente:		
Causas básicas y causas contributivas. Explique el tipo de situación ya sea si fue una situación insegura, condición insegura, factor personal, otros:		
Medidas Correctivas Recomendadas:	Acciones Tomadas Por:	
Nombres De Los Participantes Del Equipo De Inspección:		
Revisión Por Parte De La Gerencia:	Fecha Límite De Entrega:	

EMPLOYERS® y America's small business insurance specialist® son marcas registradas de Employers Insurance Company of Nevada. El seguro se ofrece a través de la Compañía de Seguros de Compensación del Empleador, la Compañía de Seguros del Empleador de Nevada, la Compañía de Seguros Preferida del Empleador y la Compañía de Seguros del Empleador. EIG Services, Inc. (en California, dba EIG Insurance Services) es una agencia afiliada y de peritaje. No todas las aseguradoras realizan actividades comerciales en todas las jurisdicciones.

# 01 One good reason to think twice about workers' compensation fraud



EMPLOYERS® actively investigates suspected workers' compensation fraud and reports such cases to law enforcement authorities.

## fraud costs

Workers' compensation fraud costs \$7.2 billion annually.<sup>1</sup>

Filing a fraudulent workers' compensation claim could lead to serious civil or criminal consequences, such as fines, incarceration and/or restitution.

**If you suspect workers' compensation fraud, please contact EMPLOYERS' Fraud Investigations Department. Call the Fraud Hotline at 1-800-750-3939 or e-mail [fraudfighters@employers.com](mailto:fraudfighters@employers.com).**

## **EMPLOYERS®**

*America's small business insurance specialist®*

Copyright © 2015 EMPLOYERS. All rights reserved. Insurance is offered through Employers Compensation Insurance Company, Employers Insurance Company of Nevada, Employers Preferred Insurance Company, and Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (in California, dba EIG Insurance Services) is an affiliated agency and adjuster. Not all insurers do business in all jurisdictions.

1 Source: <http://www.propertycasualty360.com/2015/07/23/3-keys-to-a-successful-workers-compensation-fraud>

# Una buena razón para pensarlo dos veces antes de cometer fraude en una demanda de indemnización laboral



EMPLOYERS® investiga de manera activa casos sospechosos de cometer fraude en una demanda de indemnización laboral y reporta dichos casos a las autoridades policiales.

## costos del fraude

Fraude en demandas de indemnización laboral cuesta \$7.2 mil millones al año.<sup>1</sup>

Presentar una demanda de indemnización laboral fraudulenta puede acarrear graves consecuencias civiles o penales, tales como multas, cárcel y/o indemnizaciones.

**Si sospecha que existe fraude en una demanda de indemnización laboral, póngase en contacto con el Departamento de Investigación de Fraude de EMPLOYERS. Llame a la línea directa de fraude al 1-800-750-3939 o escriba al correo electrónico [fraudfighters@employers.com](mailto:fraudfighters@employers.com).**

**EMPLOYERS®**

*America's small business insurance specialist®*

Copyright © 2015 EMPLOYERS. Todos los derechos reservados. El seguro se ofrece a través de las siguientes empresas: Employers Compensation Insurance Company, Employers Insurance Company of Nevada, Employers Preferred Insurance Company y Employers Assurance Company. EIG Services, Inc. (en California, dba EIG Insurance Services) es una agencia afiliada y ajustadora. No todas las aseguradoras operan en todas las jurisdicciones.

1 Fuente: <http://www.propertycasualty360.com/2015/07/23/3-keys-to-a-successful-workers-compensation-fraud>

## MAKING IT EASY TO GET WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS FILLED

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

### Injured person:



If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to an Optum Tmesys® network pharmacy. Give this temporary card to the pharmacist. The pharmacy will fill the prescription at no cost to you.



If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a permanent pharmacy card in the mail. Please use that card for other work-related injury or illness prescriptions.



### Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information below and give this form to the employee.





### Finding a network pharmacy

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call 1-866-599-5426 or visit tmesys.com.



### Questions? Need Help?

# 1-866-599-5426

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

CARRIER/TPA	EMPLOYER
INJURED PERSON NAME	
Please provide directly to Pharmacist	
SOCIAL SECURITY NUMBER	DATE OF INJURY (YYMMDD)

**Notice to Cardholder:** Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: tmesys.com.

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

### Tmesys Pharmacy Help Desk

## 1-800-964-2531

	NDC	Envoy
RxBIN	004261	or 002538
RxPCN	CAL	or Envoy Acct. #
GROUP	EMPLFF	

**NOTE:** This First Fill card is only valid for your workers' compensation injury or illness.

## HACEMOS MÁS SENCILLO QUE SE LE ABASTEZCA LAS RECETAS DE SU PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

### Persona lesionada:



Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys<sup>®</sup>. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica sin costo alguno.



Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.



### Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información que aparece a continuación y entregue este formulario al empleado.



### Cómo encontrar una farmacia de la red

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para ubicar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite [tmesys.com](http://tmesys.com).



### ¿Tiene alguna pregunta? ¿Necesita ayuda?

# 1-866-599-5426




WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

---

PORTADORA \_\_\_\_\_ EMPLEADOR \_\_\_\_\_

---

NOMBRE DEL PERSONA LESIONADA \_\_\_\_\_

Please provide directly to Pharmacist

---

NUMERO DE SEGURO SOCIAL \_\_\_\_\_ FECHA DE LA LESION (AAMMDD) \_\_\_\_\_

**Aviso para el titular de la tarjeta:** Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite [tmesys.com](http://tmesys.com).

**Attention Pharmacists:** Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk  
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	EMPLFF		

**NOTA:** Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.

## IOWA WAGE REPORT

EMPLOYEE NAME: \_\_\_\_\_  
 SOCIAL SECURITY NUMBER: \_\_\_\_\_  
 MARITAL STATUS: \_\_\_\_\_  
 DATE OF BIRTH: \_\_\_\_\_

CLAIM NUMBER: \_\_\_\_\_  
 DATE OF INJURY: \_\_\_\_\_  
 DEPENDENTS: \_\_\_\_\_  
 DATE OF HIRE: \_\_\_\_\_

The information in this report is needed to determine the average weekly wage under the Workers' Compensation Law. Total gross wages should include the total hours worked x the straight hourly rate of pay. Commission, bonuses or other income should be noted separately.

\$initial\_distribution\_date\$

WEEK NO	WEEK ENDING	TOTAL HOURS	HOURLY RATE	TOTAL GROSS WAGES	TOTAL NET WAGES	OVERTIME HOURS	OVERTIME WAGES
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

IS THE INJURED WORKER PAID  HOURLY OR  SALARY? PLEASE CHECK BOX

IF HOURLY, WHAT IS THE RATE OF PAY? \_\_\_\_\_

IS THE INJURED WORKER PAID ANY BONUSES OR COMMISSIONS? Please explain.

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

COMMENTS:

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

COMPLETED BY: \_\_\_\_\_

POSITION: \_\_\_\_\_

SIGNATURE: \_\_\_\_\_

DATE: \_\_\_\_\_