

Zasiłki zdrowotne



**Workers'
Compensation
Board**

Opieka medyczna obejmująca obrażenia lub choroby związane z pracą to zasiłek z tytułu odszkodowań pracowniczych, zapewniany dożywotnio bez żadnych kosztów.

OPIS

Opieka medyczna jest objęta ubezpieczeniem bez względu na to, czy pracownik może pracować albo czy otrzymuje zasiłek za utraconą pensję. Rachunki medyczne za obrażenia lub choroby są płacone bezpośrednio przez ubezpieczyciela ds. odszkodowań pracowniczych pracodawcy na rzecz dostawcy opieki medycznej.

W razie odniesienia obrażeń w pracy należy powiadomić pracodawcę na piśmie w ciągu 30 dni. Należy również złożyć **Roszczenie pracownicze (Employee Claim, formularz C-3)** do Komisji Odszkodowań Pracowniczych (Komisja). Formularze są dostępne na stronie internetowej Komisji (wcb.ny.gov).

Dostawcy opieki medycznej muszą być zatwierdzeni przez Komisję, aby leczyć osoby wnioskujące o odszkodowania pracownicze. Zatwierdzonych dostawców opieki medycznej można znaleźć na stronie internetowej Komisji, wcb.ny.gov. W razie problemów z opieką lub potrzeby pomocy w znalezieniu zatwierdzonego dostawcy opieki medycznej, należy zadzwonić do **biura dyrektora ds. medycznych (Medical Director's Office) Komisji** pod numer **(800) 781-2362**. Można otrzymać opiekę własnego lekarza pod warunkiem, że jest on zatwierdzony przez Komisję.

Dostawcy opieki medycznej wystawią rachunki bezpośrednio firmie ubezpieczeniowej. Nie należy płacić żadnych rachunków medycznych chyba że Komisja nie zatwierdzi roszczenia, a wnioskodawca zaniecha dalszych działań. Pana/Pani lekarze mogą poprosić o podpisanie oświadczenia (Formularz A-9), że zapłaci Pan/Pani rachunki medyczne, jeśli Komisja odrzuci Pana/Pani wniosek lub jeśli zrezygnuje Pan/Pani ze sprawy przed jej akceptacją.

Czasami jest wymagane wstępne zatwierdzenie, które otrzymają Pana/Pani dostawcy.

SIECI DOSTAWCÓW

Oprócz korzystania z zatwierdzonych dostawców, firmy ubezpieczeniowe mogą tworzyć sieci, korzystanie z których może być konieczne.

- **Preferowane organizacje dostawców (PPO):** Firmy ubezpieczeniowe mogą wymagać korzystania ze swoich PPO w zakresie opieki medycznej. Firma ubezpieczeniowa musi Pana/Panią powiadomić, jeśli korzysta z sieci dostawców. Jeśli nie będzie Pan/Pani zadowolony(-na) z opieki PPO, może Pan/Pani wybrać zatwierdzonego dostawcę spoza PPO po 30 dniach leczenia.
- **Sieci diagnostyczne:** Firmy ubezpieczeniowe mogą wymagać korzystania ze swoich sieci ośrodków badań diagnostycznych (poza nagłymi przypadkami medycznymi). Jeśli firma ubezpieczeniowa stawia takie wymagania, należy o tym poinformować swoich dostawców.
- **Siec aptek:** Ubezpieczyciel może wymagać korzystania z apteki należącej do sieci. W takim przypadku należy powiedzieć farmaceutyce, że ma Pan/Pani sprawę dotyczącą odszkodowania pracowniczego – apteka wystawi rachunek bezpośrednio firmie ubezpieczeniowej. Nie ma żadnych dopłat. Apteka może jednak poprosić Pana/Panią o zapłacenie za receptę w momencie jej realizacji. Firma ubezpieczeniowa musi zwrócić Panu/Pani koszty zgodnie z przepisami i wykazem opłat farmaceutycznych. Nie musi Pan/Pani korzystać z apteki sieciowej firmy ubezpieczeniowej w nagłych przypadkach medycznych i nie musi Pan/Pani zgadzać się na otrzymywanie recept pocztą. Apteka sieciowa powinna także znajdować się w odległości do 15 mil od Pana/Pani miejsca zamieszkania lub pracy, jeśli mieszka Pan/Pani na wsi, albo w odległości do pięciu mil, jeśli mieszka Pan/Pani w mieście lub na wsi posiadającej samorząd, liczącej co najmniej 2 500 mieszkańców.

RODZAJE USŁUG OBJĘTYCH UBEZPIECZENIEM

Medyczne i osteopatyczne	Psychologiczne (na skierowanie)	Opieka szpitalna	Usługi opieki pielęgniarskiej
Stomatologiczne	Kręgarskie	Badania laboratoryjne	Urządzenia chirurgiczne
Podiatryczne	Chirurgiczne	Leki na receptę	Protezy

REHABILITACJA I POMOC SPOŁECZNA

Usługi rehabilitacyjne pomagają ludziom wrócić do pracy i prowadzić w pełni aktywne życie. Poszczególne usługi zostały opisane poniżej.

- Rehabilitacja zawodowa:** Rehabilitacja zawodowa pomaga ludziom, którym niepełnosprawność nie pozwala wrócić do ich dotychczasowej pracy. Doradcy z ramienia Komisji pomagają poszkodowanym pracownikom znaleźć zatrudnienie dopasowane do ich możliwości. Pomagają także opracować plan powrotu do pracy. Może to obejmować doradztwo zawodowe i skierowania na szkolenia oraz ograniczone pośrednictwo pracy.
- Pracownicy opieki społecznej:** Pracownik społeczny Komisji pomaga osobom, których problemy rodzinne lub finansowe uniemożliwiają powrót do pracy. Pracownik społeczny Komisji pomaga radzić sobie z niepełnosprawnością i omawia wątpliwości dotyczące rehabilitacji. Mogą także pomagać przygotować się do powrotu do pracy.

Komisja ma doradców, pracowników opieki społecznej i kontrolerów wniosków, którzy koordynują i monitorują usługi rehabilitacji medycznej i fizycznej. Jeśli takie usługi mogą Panu/Pani pomóc, prosimy skontaktować się z Komisją.

WYTYCZNE DOT. LECZENIA

Leczenie pewnych schorzeń i obrażeń określonych części ciała (pleców, szyi, kolan, barków, kanału nadgarstka, nieostrego bólu) jest regulowane przez wytyczne dot. leczenia medycznego Komisji. Wytyczne zostały przygotowane, aby zapewnić jak najlepszą opiekę medyczną obrażeń, umożliwić powrót do zdrowia, do pracy i dalsze życie. Wytyczne bazują na najlepszych dostępnych danych naukowych. Opracowano je na bazie fachowej wiedzy lekarzy z całego kraju, specjalizujących się w pomaganiu ludziom, którzy odnieśli obrażenia w pracy. Wytyczne mogą także ograniczyć biurokrację, ponieważ większość zalecanych metod leczenia jest wstępnie zatwierdzona. Oznacza to krótszy czas oczekiwania na leczenie – dzięki czemu szybciej można poczuć się lepiej.

Pana/Pani dostawcy opieki medycznej będą wiedzieć, które obrażenia i choroby są regulowane przez wytyczne dot.

leczenia medycznego. Dopilnują, aby leczenie było zgodne z najlepszymi zawartymi w nich praktykami.

W celu znalezienia upoważnionego lekarza należy kontaktować się z **biurem dyrektora medycznego** pod numerem **(800) 781-2362**.

OPIEKA POZA STANEM NOWY JORK

Pana/Pani wniosek jest ważny nawet, jeśli jest Pan/Pani poza stanem Nowy Jork. Konieczne będzie znalezienie dostawców w innych stanach, którzy są skłonni zaakceptować harmonogram opłat Nowego Jorku i leczyć zgodnie z wytycznymi leczenia medycznego stanu Nowy Jork.

ZWROT KOSZTÓW PODRÓŻY

Istnieje możliwość zwrotu kosztów podróży autem lub transportem publicznym i innych niezbędnych wydatków poniesionych podczas dojazdu na leczenie. Rachunki potwierdzające te koszty należy przysyłać co sześć miesięcy lub częściej do firmy ubezpieczeniowej, używając formularza **Dokumentacja kosztów leczenia oraz podróży wnioskodawcy oraz wniosku o zwrot kosztów (Claimant's Record of Medical and Travel Expenses and Request for Reimbursement, formularz C-257)**, dostępnego na stronie internetowej Komisji.

POMOC JĘZYKOWA

Komisja przetłumaczy dokumenty na dowolny wymagany język. Bezpłatnie udostępni również usługi tłumacza ustnego podczas rozprawy. W celu zapewnienia tłumaczenia ustnego lub pisemnego prosimy o kontakt pod numerem telefonu **(877) 632-4996**.

Zapraszamy na stronę: wcb.ny.gov

Zadzwoń: (877) 632-4996

E-mail: General_Information@wcb.ny.gov

Komisja Odszkodowań Pracowniczych stanu Nowy Jork chroni prawa pracowników i pracodawców, gwarantując prawidłowe wypłacanie zasiłków dla osób, które odniosły obrażenia lub zmarły, a także popierając zgodność z prawem. Aby dowiedzieć się więcej na temat Komisji Odszkodowań Pracowniczych, zapraszamy na stronę wcb.ny.gov.

