



Incident Forms



EMPLOYEE INCIDENT REPORT

THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

TO BE COMPLETED BY EMPLOYER	NAME OF INJURED EMPLOYEE		DATE OF INCIDENT		TIME OF INCIDENT ☐ A.M. ☐ P.M.		DATE REPORTED	
	DEPARTMENT				JOB TITLE		HIRE DATE	
	JOB PERFORMED				SUPERVISOR			
	EMPLOYER				POLICY NO.			
	EMPLOYER CONTACT NAME				EMPLOYER PHONE NO.			
	INCIDENT LOCATION							
	EXTENT OF INJURY				TREATING MEDICAL FACILITY			
TO BE COMPLETED BY INJURED EMPLOYEE IF POSSIBLE	BODY PART INJURED ☐ NO INJURY ☐ FIRST AID ONLY ☐ TAKEN TO CLINIC ☐ TAKEN TO ER ☐ FATALITY							
	DESCRIPTION OF INCIDENT							
ANY OTHER WITNESSES? ☐ YES ☐ NO		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		
WERE THERE OTHERS INJURED?		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.		
REPORT COMPLETED BY				SIGNATURE		DATE		
TITLE				PHONE NUMBER				
Submit completed form to:				MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205		Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com		

EMPLOYEE INCIDENT REPORT

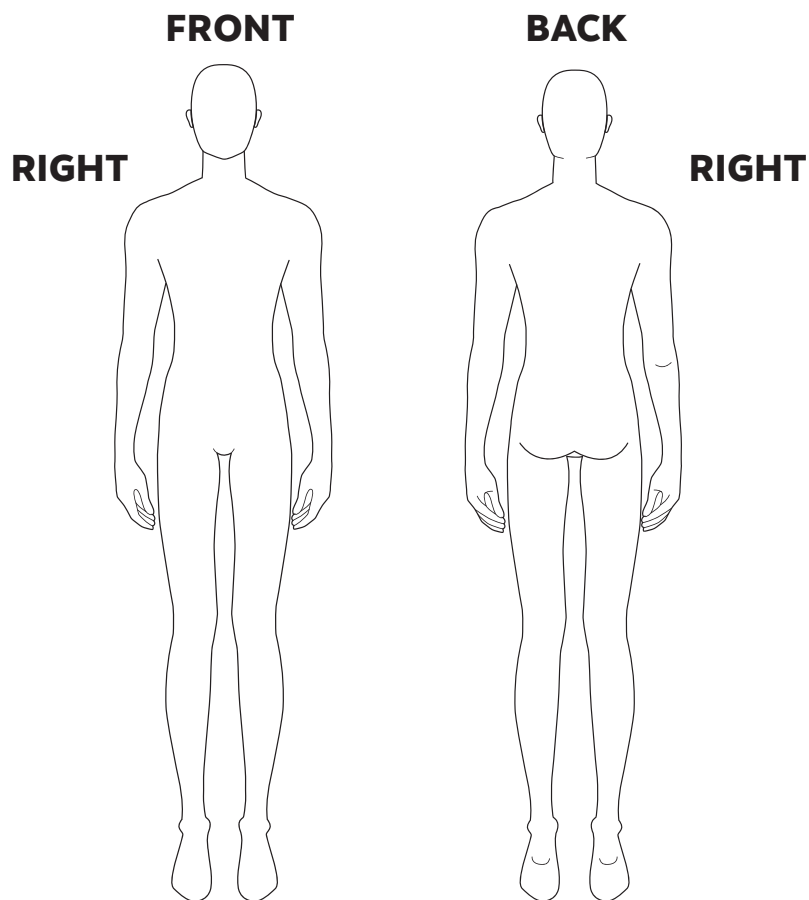
THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

NAME: _____ DATE: _____

DEPARTMENT: _____ JOB TITLE: _____

Mark the areas of the body where you feel the described sensations with the appropriate symbols from the chart below.

NUMBNESS	+++++	SHARP	/////
BURNING	xxxxx	DULL & ACHING	*****
PINS & NEEDLES	ooooo	WEAKNESS	#####



Indicate pain level below



SIGNATURE: _____ DATE: _____

WITNESS: _____ DATE: _____

TITLE: _____

INCIDENT WITNESS STATEMENT

THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

NAME OF WITNESS		DATE OF INCIDENT	TIME OF INCIDENT _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	DATE REPORTED
DEPARTMENT		JOB TITLE		HIRE DATE
EMPLOYER (IF NOT AN EMPLOYEE)		PHONE NO. (IF NOT AN EMPLOYEE)		NAME OF SUPERVISOR
LOCATION OF INCIDENT				
NAME OF INJURED EMPLOYEE				
NAME OF INJURED EMPLOYEE'S EMPLOYER/POLICY NO.		EMPLOYER'S PHONE NO.		
DESCRIPTION OF INCIDENT				
PHYSICAL CONDITIONS AT THE TIME OF INCIDENT				
ANY OTHER WITNESSES ☐ YES ☐ NO	NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.
WERE THERE OTHERS INJURED? ☐ YES ☐ NO	NAME & PHONE NO.		NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.
REPORT COMPLETED BY		SIGNATURE		DATE
TITLE		EMPLOYER		
Submit completed form to:		MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205		Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com

WORK COMP DECLINATION OF MEDICAL TREATMENT

DATE: _____

Employer Information

EMPLOYER: _____

TREATMENT AUTHORIZED BY: _____

TITLE: _____

PHONE NO.: _____

Injured Worker Information

EMPLOYEE: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

TITLE: _____

DEPARTMENT: _____ LOCATION: _____

DATE OF INJURY: _____ BODY PART INJURED: _____

Treatment Declination

I am declining my employer's offer of authorized medical treatment to cure and relieve the effects of the injury I am claiming to have sustained at work on _____ (today's date). I understand that by declining my employer's offer of medical care, any treatment I obtain on my own will be at my own expense.

I also understand that if I reconsider and am interested in receiving authorized medical care, I must advise my employer as soon as possible.

EMPLOYEE SIGNATURE: _____ DATE: _____

REMARKS: _____

Submit completed form to:

MEM
P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205

Fax: 800.442.0597

Email: claims@mem-ins.com

Injured Worker Pharmacy Coupon

*MEM makes it possible for injured workers to obtain necessary medicine(s) without incurring out-of-pocket expenses. This coupon is valid for **only the first fill** of prescriptions required due to a workplace injury. It is only authorized for the injured worker referenced on this coupon and is non-transferable.*

Injured Worker Information

- This is a workers compensation claim.
- Insurance carrier: MEM
- Employer name: _____
- Date of injury: _____
- Date of birth: _____
- SSN: _____

Pharmacy Instructions

This program guarantees payment for **only the first fill** of the prescription up to 10 days. Please confirm the injured worker has notified their employer so a pharmacy card may be issued for subsequent prescriptions.

Member ID

- To generate the Member ID for the first fill of the prescription, use the injured worker's 9-digit SSN plus 8-digit date of injury as their 17-digit member identification number: XXXXXXXXXMMDDYYYY
- BIN NO: 004336
- RX PCN: ADV
- RX Group No: RXFFWC225

Future Prescriptions

- If the injured worker does not present a MEM pharmacy card, confirm eligibility by calling 800.442.0593.
- Consult with treating physicians to address perceived inadequacies or excesses of care.

Claim Processing

- For claim processing assistance, contact CorVel Pharmacy Solutions at 800.563.8438.



 mem-ins.com

 800.442.0593

3.25

INCIDENT INVESTIGATION REPORT

THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

THIS REPORT TO BE COMPLETED BY EMPLOYER.

NAME OF INJURED EMPLOYEE	DATE OF INCIDENT	TIME OF INCIDENT _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	DATE REPORTED
JOB TITLE/DEPARTMENT			HIRE DATE
EMPLOYER		POLICY NO.	
EMPLOYER CONTACT NAME		EMPLOYER PHONE NO.	
JOB PERFORMED		EXPERIENCE PERFORMING JOB	
LOCATION OF INCIDENT		PERSON INCIDENT WAS REPORTED TO	
EXTENT OF INJURY ☐ NO INJURY ☐ FIRST AID ONLY ☐ TAKEN TO CLINIC ☐ TAKEN TO ER ☐ FATALITY		TREATING MEDICAL FACILITY	
DESCRIPTION OF INCIDENT			
ANY WITNESSES? ☐ YES ☐ NO	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.
WERE THERE OTHERS INJURED? ☐ YES ☐ NO	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.	NAME & PHONE NO.
WAS THERE PHYSICAL DAMAGE?			
CAUSE OF INCIDENT			

CONTRIBUTING INCIDENT FACTORS

Physical ☐ Poor housekeeping ☐ Poor or no equipment guarding ☐ Improper Illumination ☐ Improper ventilation ☐ Equipment failure ☐ Unsafe apparel ☐ Medical condition (e.g. stroke, cardiac arrest) ☐ Surrounding subcontractor at fault ☐ Conditions e.g. wet ☐ Other _____ ☐ Other _____	Behavioral ☐ Not using required PPE ☐ Performing duties outside of scope of job ☐ Failure to obey supervisor's instructions ☐ Failure to obey job procedures ☐ Suspected intoxication ☐ Employee was engaged in horseplay ☐ Employee was unsuited for the job ☐ Other _____ ☐ Other _____ ☐ Other _____	Procedural ☐ Asked to perform job without training ☐ Operating equipment without training ☐ Poor enforcement of PPE use ☐ Needed equipment not supplied ☐ Failure to inspect equipment ☐ Failure to correct poor procedures ☐ Wrong equipment for the operation ☐ Wrong chemical or other used ☐ No pre-site inspection ☐ Other _____ ☐ Other _____
REPORT COMPLETED BY	SIGNATURE	DATE
TITLE/EMPLOYER	PHONE NO.	
Submit completed form to: MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205		Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com

INCIDENT CORRECTIVE ACTION

THIS IS NOT A REPORT OF INJURY FORM. PLEASE REPORT THE INJURY ONLINE AT MEM-INS.COM OR BY CALLING 800.442.0593.

EMPLOYEE NAME OR INCIDENT REFERENCE	DATE OF INCIDENT	TIME OF INCIDENT _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	DATE REPORTED
EMPLOYER	POLICY NO.		
EMPLOYER CONTACT NAME	EMPLOYER PHONE NO.		
LOCATION OF INCIDENT			
BRIEF DESCRIPTION OF INCIDENT			
DO YOU KNOW OF ANY SIMILAR INCIDENTS OCCURRING IN THE PAST?			
☐ YES ☐ NO			
IF YES, PLEASE DESCRIBE INCIDENTS.			
CORRECTIVE ACTION			
DATE CORRECTIVE ACTION COMPLETED		CORRECTIVE ACTION PERFORMED BY	
CORRECTIVE ACTION REFERENCE NUMBER (E.G. WORK ORDER, P.O. OR ACCOUNT NUMBER)			
FOLLOW UP ACTION REQUIRED			
FOLLOW UP ACTION TO BE COMPLETED BY			
REPORT COMPLETED BY		SIGNATURE	
TITLE		DATE	
Submit completed form to: MEM P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205 Fax: 800.442.0597 Email: claims@mem-ins.com			

Authorization to Obtain Information

I AUTHORIZE any licensed physician, medical practitioner, nurse, pharmacist, hospital, clinic or other medical or medically related facility, insurance or reinsurance company, consumer reporting agency, employer or former employer who has any information as to the diagnosis, treatment or prognosis of any physical or mental condition of me, and any information regarding my occupation and salary, to give any and all such information to MEM, its employees, reinsurers, any designated Managed Care Organization, and the Division of Workers' Compensation to which I am submitting a claim.

I UNDERSTAND that the information obtained by use of this authorization will be used by the company to determine eligibility for workers compensation benefits. Any information obtained will not be released to any person or organization except to other persons or organizations performing a business or legal service in connection with my claim or as may be otherwise permitted or required by law. The release of my Protected Health Information to a person or organization not subject to federal law governing privacy, which then rediscloses my Protected Health Information, may mean that the protections afforded by the federal privacy laws no longer apply.

I UNDERSTAND the information contained in these records may include information relating to sexually transmitted disease, acquired immunodeficiency syndrome (AIDS), or human immunodeficiency virus (HIV). It may also include information about behavioral or mental health services, and drug or alcohol use or abuse. **I HEREBY CONSENT AND AUTHORIZE** the medical record provider to release and provide records containing this information to Missouri Employers Mutual Insurance.

I AUTHORIZE MEM to discuss my health information with my authorized treating physician, evaluating physician and/or medical care provider and with my Employer and their representatives and agents for the purpose of managing and adjudicating my workers compensation case(s).

I KNOW that I may request to receive a copy of this authorization.

I AGREE that a photocopy of this authorization shall be as valid as the original.

I AGREE that this authorization shall be valid for the duration of this claim, unless I choose to withdraw this authorization in writing.

PRINTED NAME OF INJURED WORKER: _____ **DATE:** _____

SIGNATURE OF INJURED WORKER OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE: _____

Submit completed form to:

MEM
P.O. Box 1810, Columbia, MO 65205

Fax: 800.442.0597

Email: claims@mem-ins.com



Authorization for Medical Treatment

Employer Information

DATE: _____

EMPLOYER: _____

TREATMENT AUTHORIZED BY: _____

TITLE: _____

PHONE NO.: _____

Injured Worker Information

INJURED WORKER: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

JOB TITLE: _____

DEPARTMENT: _____ LOCATION(S): _____

DATE OF INJURY: _____ BODY PART INJURED: _____

Work Comp Insurance Carrier: MEM: 800.442.0593

Treatment Authorization

Please check all that apply:

- ☐ Initial evaluation and treatment
 - ☐ Alcohol screening
 - ☐ Drug screening
- ☐ Return-to-Work exam
- ☐ Per telephone instructions
- ☐ Other

REMARKS: _____

Submit a copy of this completed form to MEM by fax at 800.442.0597 or email it to claims@mem-ins.com.
Keep a copy of this form for your records and one for the treating physician.

RETURN TO WORK REQUIREMENTS

INJURED WORKER: _____

POLICYHOLDER NAME: _____ POLICY NO.: _____

DEPARTMENT: _____ JOB TITLE: _____

HOURS PER SHIFT: _____ DATE OF INJURY: _____

BASIC REQUIREMENTS						OTHER PHYSICAL REQUIREMENTS	
	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%		
Sitting	☐	☐	☐	☐	☐		
Standing	☐	☐	☐	☐	☐		
Walking	☐	☐	☐	☐	☐		
Mobility							
Lifting	☐	☐	☐	☐	☐		
Bending	☐	☐	☐	☐	☐		
Squatting	☐	☐	☐	☐	☐		
Reaching	☐	☐	☐	☐	☐		
Kneeling	☐	☐	☐	☐	☐		
Pushing	☐	☐	☐	☐	☐		
Pulling	☐	☐	☐	☐	☐		
Lifting							
0 to 10 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐		
11 to 25 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐		
26 to 50 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐		
51 to 75 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐		
76 to 100 lbs.	☐	☐	☐	☐	☐		
100+ lbs.	☐	☐	☐	☐	☐		
Repetitive Motion		Right Hand		Left Hand			
Dexterity	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no			
Grasping	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no			
Writing	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no			
Typing	☐ yes	☐ no	☐ yes	☐ no			

EMPLOYER REPRESENTATIVE SIGNATURE: _____ DATE: _____

EMPLOYER/INSURER CONTACT:

FOR EMPLOYER COMPLETION

RETURN TO WORK REQUIREMENTS

PATIENT: _____

PHYSICIAN: _____

DIAGNOSIS: _____

TREATMENT (needed for OSHA rules and placement)

- ☐ Narcotic analgesic ☐ Anti-inflammatory medication ☐ Sutures
☐ Physical therapy ☐ Other _____

I saw this patient on (date) _____ and based on the above description of the patient's current medical problem (check all that apply):

- ☐ Return to regular duty on (date) _____.
☐ Return to work on (date) _____ with restrictions:
 ☐ Temporary ☐ Permanent
☐ Off work until (date): _____.

Patient to be reevaluated: _____.

Condition

- ☐ Improved
☐ Symptoms worse
☐ Unchanged
☐ Not applicable

Total hours of work per day

- ☐ 4 hours ☐ 6 hours
☐ 8 hours ☐ 10 hours
☐ No restriction
☐ Other _____

- ☐ **Heavy work.** Lifting 50 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 100 lbs.
☐ **Medium—heavy work.** Lifting 40 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying of objects weighing up to 75 lbs.
☐ **Medium work.** Lifting 25 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 50 lbs.
☐ **Light—medium work.** Lifting 20 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 30 lbs.
☐ **Light work.** Lifting 10 lbs. frequently with occasional lifting and/or carrying objects weighing up to 20 lbs. Even though the weight lifted may be a negligible amount, this category would include a job that requires walking or standing to a significant degree or involves sitting most of the time with a degree of pushing and pulling of arm and/or leg controls.
☐ **Sedentary work.** Lifting 10 lbs. maximum and occasionally lifting and/or carrying such articles as files, light packages and small tools. Although a sedentary job is defined as one which involves sitting, a certain amount of walking and standing is often necessary. Jobs are sedentary if walking and standing are required only occasionally and other sedentary criteria are met.

BASIC REQUIREMENTS

	Continuously 67-100%	Frequently 34-66%	Occasionally 11-33%	Seldom 1-10%	Restricted 0%
☐ Not applicable					
Sit/drive	☐	☐	☐	☐	☐
Stand	☐	☐	☐	☐	☐
Walk	☐	☐	☐	☐	☐
Bend	☐	☐	☐	☐	☐
Twist	☐	☐	☐	☐	☐
Climb	☐	☐	☐	☐	☐
Squat	☐	☐	☐	☐	☐
Work overhead	☐	☐	☐	☐	☐
Work shoulder level	☐	☐	☐	☐	☐

Hand: Specify - Right (R); Left (L); Bilateral (B)

☐ Not applicable					
Grasp	☐	☐	☐	☐	☐
Pincher grip	☐	☐	☐	☐	☐
Reach	☐	☐	☐	☐	☐
Twist (wrist)	☐	☐	☐	☐	☐
Push/pull w/ hands	☐	☐	☐	☐	☐
Wrist flexion/extension	☐	☐	☐	☐	☐

Feet: Specify - Right (R); Left (L); Bilateral (B)

☐ Not applicable					
Repetitive movements as in operating foot controls/pull w/ hands	☐	☐	☐	☐	☐

- ☐ No exposure to moving machinery ☐ No exposure to unprotected heights
☐ Avoid wet work ☐ Avoid irritants (specify) _____

Patient referred to (physician): _____

Other instructions and/or limitations: _____

PHYSICIAN SIGNATURE: _____

DATE: _____ TIME: _____

FOR PHYSICIAN COMPLETION



Formularios de Incidentes



INFORME DE INCIDENTE DEL EMPLEADO

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, INFORME LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAME AL 800.442.0593.

POR COMPLETAR POR EL EMPLEADOR	NOMBRE DEL EMPLEADO LESIONADO		FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE ☐ A.M. ☐ P.M.	REPORTADA FECHA
	DEPARTAMENTO			TÍTULO DEL PUESTO	FECHA DE INICIO DE EMPLEO
	TRABAJO REALIZADO			SUPERVISORA	
	EMPLEADOR			NÚMERO DE PÓLIZA	
	NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR			TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
	LUGAR DEL INCIDENTE				
POR COMPLETAR POR EL EMPLEADO LESIONADO SI ES POSIBLE	ALCANCE DE LA LESIÓN ☐ SIN LESIÓN ☐ PRIMEROS AUXILIOS SOLAMENTE ☐ LLEVADO A LA CLÍNICA ☐ LLEVADO A LA SALA DE EMERGENCIAS ☐ FATALIDAD			FACILIDAD MÉDICA DE ATENCIÓN	
	PARTE DEL CUERPO LESIONADA				
POR COMPLETAR POR EL EMPLEADO LESIONADO SI ES POSIBLE	DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE				
¿HAY OTROS TESTIGOS? ☐ SI ☐ NO		NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	
¿HUBO OTROS LESIONADOS?		NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	
INFORME COMPLETADO POR		FIRMA		FECHA	
TÍTULO DEL PUESTO		NÚMERO DE TELÉFONO			
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205					
Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com					

INFORME DE INCIDENTE DEL EMPLEADO

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, REPORTE LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAMANDO AL 800.442.0593.

NOMBRE: _____ FECHA: _____

DEPARTAMENTO: _____ TÍTULO DEL PUESTO: _____

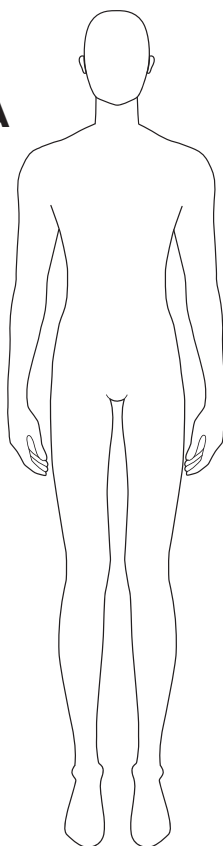
Marque las áreas del cuerpo donde siente las sensaciones descritas con los símbolos apropiados del cuadro a continuación.

ADORMECIMIENTO	+++++	AFILADO	/////
QUEMAZÓN	xxxxx	DOLOR SORDO Y DOLOROSO	*****
ALFILERES Y AGUJAS	ooooo	DEBILIDAD	#####

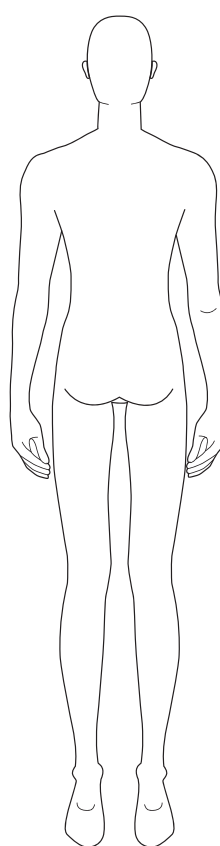
DELANTERO

ATRÁS

DERECHA



DERECHA



Indique el nivel de dolor a continuación

NINGUNO	POCO	MODERADO	SEVERO	INSOPORTABLE			

FIRMA: _____ FECHA: _____

TESTIGO: _____ FECHA: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

DECLARACIÓN DEL TESTIGO DEL INCIDENTE

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, REPORTE LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAMANDO AL 800.442.0593.

NOMBRE DEL TESTIGO		FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE ☐ A.M. ☐ P.M.	FECHA DEL REPORTE
DEPARTAMENTO		TÍTULO DEL PUESTO		FECHA DE CONTRATACIÓN
EMPLEADOR (SI NO ES UN EMPLEADO)		TELÉFONO NÚMERO (SI NO ES UN EMPLEADO)		NOMBRE DEL SUPERVISOR
LUGAR DEL INCIDENTE				
NOMBRE DEL EMPLEADO HERIDO				
NOMBRE DEL EMPLEADO HERIDO EMPLEADOR/NÚMERO DE PÓLIZA		NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR		
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE				
CONDICIONES FÍSICAS EN EL MOMENTO DEL INCIDENTE				
CUALQUIER OTRO TESTIGOS ☐ SI ☐ NO	NOMBRE Y TELÉFONO		NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
¿HUBO OTROS LESIONADOS? ☐ SI ☐ NO	NOMBRE Y TELÉFONO		NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
INFORME COMPLETADO POR		FIRMA		FECHA
TÍTULO DEL PUESTO		EMPLEADOR		
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205 Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com				

DECLINACIÓN DE TRATAMIENTO MÉDICO DE COMPENSACIÓN LABORAL

FECHA: _____

Información del Empleador

EMPLEADOR: _____

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Información del Trabajador Lesionado

EMPLEADOR: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

DEPARTAMENTO: _____ UBICACIÓN: _____

FECHA DE LESIÓN: _____ PARTE DEL CUERPO LESIONADA: _____

Declinación de Tratamiento

Rechazo la oferta de mi empleador de tratamiento médico autorizado para curar y aliviar los efectos de la lesión que afirmo haber sufrido en el trabajo el _____ (fecha de hoy). Entiendo que, al rechazar la oferta de atención médica de mi empleador, cualquier tratamiento que obtenga por mi cuenta cor.

También entiendo que si reconsidero y tengo interés en recibir atención médica autorizada, debo informar a mi empleador tan pronto como sea posible.

FIRMA DEL EMPLEADO: _____ FECHA: _____

COMENTARIOS: _____

Enviar el formulario completado a: MEM
P.O. Box 1810
Columbia, MO 65205

Fax: 800.442.0597
Correo electrónico: claims@mem-ins.com

Cupón de Farmacia para Trabajadores Lesionados

MEM hace posible que los trabajadores lesionados obtengan los medicamentos necesarios sin asumir costos de su bolsillo. Este cupón es válido solo para la primera dispensación de recetas requeridas por una lesión laboral. Solo está autorizado para el trabajador lesionado referido en este cupón y no es transferible.

Información del Trabajador Lesionado

- Este es un reclamo de compensación laboral.
- Aseguradora: MEM
- Nombre del empleador: _____
- Fecha de la lesión: _____
- Fecha de nacimiento: _____
- SSN: _____

Pharmacy Instructions

Este programa garantiza el pago solo para la primera dispensación de la receta hasta 10 días. Por favor, confirme que el trabajador lesionado ha notificado a su empleador para que se pueda emitir una tarjeta de farmacia para las recetas subsecuentes.

ID de Miembro

- Para generar el número de identificación de miembro para la primera dispensación de la receta, utilice el número de seguro social (SSN) de 9 dígitos del trabajador lesionado, más la fecha de la lesión (8 dígitos), como su número de identificación de miembro (17 dígitos): XXXXXXXXXMMDDYYYY
- BIN NO: 004336
- RX PCN: ADV
- RX Grupo No: RXFFWC225

Futuras Prescripciones

- Si el trabajador lesionado no presenta una tarjeta de farmacia MEM, confirme la elegibilidad llamando a 800.442.0593.
- Consultar con los médicos tratantes para abordar las insuficiencias o excesos percibidos en la atención.

Procesamiento de Reclamos

- Para asistencia con el procesamiento de reclamos, contacte a CorVel Pharmacy Solutions al 800.563.8438.



 mem-ins.com

 800.442.0593

3.25

INFORME DE INVESTIGACIÓN DE INCIDENTE

ESTE NO ES UN FORMULARIO DE INFORME DE LESIONES. POR FAVOR, REPORTE LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAMANDO A 800.442.0593.

ESTE INFORME SERÁ COMPLETADO POR EL EMPLEADOR.

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO	FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	FECHA REPORTADA
TÍTULO DEL PUESTO/DEPARTAMENTO			FECHA DE INICIO DE EMPLEO
EMPLEADOR		NÚMERO DE POLÍTICA	
NOMBRE DEL CONTACTO DEL EMPLEADOR		TELÉFONO DEL EMPLEADOR	
TRABAJO REALIZADO		EXPERIENCIA REALIZANDO EL TRABAJO	
UBICACIÓN DEL INCIDENTE		LA PERSONA QUE REPORTÓ EL INCIDENTE	
GRADO DE LESIÓN ☐ SIN LESIÓN ☐ PRIMEROS AUXILIOS SOLAMENTE ☐ LLEVADO A LA CLÍNICA ☐ LLEVADO A LA SALA DE EMERGENCIAS ☐ FATALIDAD		CENTRO MÉDICO DE TRATAMIENTO	
DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE			
¿HUBO TESTIGOS? ☐ SI ☐ NO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
¿HUBO OTROS LESIONADOS? ☐ SI ☐ NO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO	NOMBRE Y TELÉFONO
¿HUBO DAÑOS FÍSICOS?			
CAUSA DEL INCIDENTE			

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL INCIDENTE

Físico ☐ Mala limpieza ☐ Protección de equipo deficiente o inexistente ☐ Iluminación inadecuada ☐ Ventilación inadecuada ☐ Falla del equipo ☐ Vestimenta insegura ☐ Condición médica (por ejemplo, accidente cerebrovascular, paro cardíaco) ☐ Subcontratista circundante culpable ☐ Condiciones (por ejemplo, mojado) ☐ Otro _____ ☐ Otro _____	Conductual ☐ No utilizó el equipo de protección personal requerido ☐ Realizar tareas fuera del alcance del trabajo ☐ No obedeció las instrucciones del supervisor ☐ No cumplir con los procedimientos del trabajo ☐ Sospecha de intoxicación por drogas o alcohol ☐ El empleado estaba jugando ☐ El empleado no estaba capacitado para el trabajo ☐ Otro _____ ☐ Otro _____	Procedimental ☐ Se le pidió realizar un trabajo sin capacitación ☐ Estaban operando equipos sin capacitación ☐ Falta de aplicación de equipos de protección personal ☐ Falta de equipo necesario ☐ Falta de inspección del equipo ☐ No corregir procedimientos deficientes ☐ Equipo incorrecto para la operación ☐ Producto químico o otro incorrecto utilizado ☐ Sin inspección previa al sitio ☐ Otro _____ ☐ Otro _____
INFORME COMPLETADO POR	FIRMA	FECHA
TÍTULO DEL PUESTO	NÚMERO DE TELÉFONO	
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205		
Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com		

ACCIÓN CORRECTIVA DE INCIDENTE

ESTO NO ES UN FORMULARIO DE REPORTE DE LESIONES. POR FAVOR, REPORTE LA LESIÓN EN LÍNEA EN MEM-INS.COM O LLAMANDO AL 800.442.0593.

NOMBRE DEL EMPLEADO O REFERENCIA DEL INCIDENTE	FECHA DEL INCIDENTE	HORA DEL INCIDENTE _____ ☐ A.M. ☐ P.M.	FECHA REPORTADA
EMPLEADOR	NÚMERO DE POLÍTICA		
NOMBRE DE CONTACTO DEL EMPLEADOR	TELÉFONO DEL EMPLEADOR		
LUGAR DEL INCIDENTE			
BREVE DESCRIPCIÓN DEL INCIDENTE			
¿CONOCE ALGUNOS INCIDENTES SIMILARES QUE OCURRIERON EN EL PASADO? ☐ SI ☐ NO SI ES ASÍ, POR FAVOR DESCRIBA LOS INCIDENTES.			
ACCIONES CORRECTIVAS			
FECHA DE ACCIÓN CORRECTIVA COMPLETADA	ACCIÓN CORRECTIVA REALIZADA POR		
NÚMERO DE REFERENCIA DE ACCIÓN CORRECTIVA (EJ. ORDEN DE TRABAJO, P.O. O NÚMERO DE CUENTA)			
SE REQUIERE ACCIÓN DE SEGUIMIENTO			
ACCIÓN DE SEGUIMIENTO QUE DEBE SER COMPLETADA POR			
INFORME COMPLETADO POR	FIRMA		
TÍTULO DEL PUESTO	FECHA		
Enviar el formulario completado a: MEM P.O. Box 1810 Columbia, MO 65205			
Fax: 800.442.0597 Correo electrónico: claims@mem-ins.com			

Autorización Para Obtener Información

AUTORIZO a cualquier médico matriculado, médico clínico, enfermera, farmacéutico, hospital, clínica u otra institución médica o relacionada con la medicina, compañía de seguros o reaseguros, agencia de información sobre el consumidor, empleador o ex empleador que cuente con algún dato sobre el diagnóstico, tratamiento o pronóstico de cualquier condición física o mental referida a mi persona y cualquier dato con respecto a mi profesión y salario, a brindar tal información a MEM, sus empleados, asesores de empleados/aseguradores, reaseguradores, cualquier Organización de cuidados administrados de salud y la División de Compensación al trabajador ante la cual estoy presentando un reclamo.

ENTIENDO que la información obtenida mediante esta autorización será utilizada por la compañía para determinar mi elegibilidad para recibir los beneficios de Compensación al trabajador. Cualquier información obtenida no será revelada a ninguna persona u organización excepto a otras personas u organizaciones que desempeñen un servicio legal o comercial relacionado con mi reclamo, o bajo otras circunstancias, conforme a lo permitido o requerido por la ley. La divulgación de mi Información de Salud Protegida (PHI) a una persona u organización no sujeta a la ley federal sobre privacidad, que luego vuelva a revelar mi Información de Salud Protegida, puede implicar que las protecciones otorgadas por las leyes federales sobre privacidad ya no sean aplicables.

ENTIENDO que la información contenida en estos registros puede incluir información relacionada con enfermedades de transmisión sexual, el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). También puede incluir información sobre servicios de salud mental o del comportamiento y el uso o abuso de drogas o alcohol. **POR EL PRESENTE ACEPTO Y AUTORIZO** al proveedor de registros médicos a divulgar y brindar registros que contengan esta información a MEM.

AUTORIZO MEM para hablar de mi información de salud con mi médico autorizado el tratamiento, el médico de la evaluación y / o proveedor de atención médica y con mi empleador y sus representantes y agentes a los efectos de la gestión y la resolución de mi caso, la remuneración del trabajador(s).

SOY CONSCIENTE que puedo solicitar que me envíen una copia de esta autorización.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que la fotocopia de esta autorización tenga la misma validez que el original.

DOY MI CONSENTIMIENTO para que la presente autorización tenga validez durante el período de este reclamo, a menos que yo decida anular esta autorización por escrito.

ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE EL NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____

FIRMA DEL TRABAJADOR LESIONADO O DE SU REPRESENTANTE AUTORIZADO: _____

FETCHA: _____

Enviar el formulario completo a:

MEM
P.O. Box 1810
Columbia, MO 65205

Fax: 800.442.0597

Correo electrónico: claims@mem-ins.com



Autorización para Tratamiento Médico

Información del Empleador

FECHA: _____

EMPLEADOR: _____

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Información del Trabajador Lesionado

TRABAJADOR LESIONADO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

DEPARTAMENTO: _____ UBICACIÓN(ES): _____

FECHA DE LESIÓN: _____ PARTE DEL CUERPO LESIONADA: _____

Aseguradora de Compensación Laboral: MEM: 800.442.0593

Autorización de Tratamiento

Por favor marque todas las opciones que apliquen:

- ☐ Evaluación y tratamiento inicial
 - ☐ Evaluación de alcohol
 - ☐ Evaluación de drogas
- ☐ Examen de regreso al trabajo
- ☐ Por instrucciones telefónicas
- ☐ Otro

COMENTARIOS: _____

Envía una copia de este formulario completado a MEM por fax al 800.442.0597 o envíalo por correo electrónico a claims@mem-ins.com. Guarda una copia de este formulario para tus registros y una para el médico tratante.

REQUISITOS DE REGRESO AL TRABAJO

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO: _____

NOMBRE DEL TITULAR DE LA PÓLIZA: _____ NÚMERO DE LA PÓLIZA: _____

DEPARTAMENTO: _____ TÍTULO DEL PUESTO: _____

HORAS POR TURNO: _____ FECHA DE LA LESIÓN: _____

REQUISITOS BÁSICOS DEL TRABAJO

	Continuamente 67-100%	Frecuentemente 34-66%	Ocasionalmente 11-33%	Raramente 1-10%	Restringido 0%
Sentar	☐	☐	☐	☐	☐
Parar	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐

Movilidad

Levantamiento de peso	☐	☐	☐	☐	☐
Encorvar	☐	☐	☐	☐	☐
Agachar	☐	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	☐	☐	☐	☐	☐
Arrodillar	☐	☐	☐	☐	☐
Empujar	☐	☐	☐	☐	☐
Jalar	☐	☐	☐	☐	☐

Levantamiento de peso

0 a 10 libras	☐	☐	☐	☐	☐
11 a 25 libras	☐	☐	☐	☐	☐
26 a 50 libras	☐	☐	☐	☐	☐
51 a 75 libras	☐	☐	☐	☐	☐
76 a 100 libras	☐	☐	☐	☐	☐
100+ libras	☐	☐	☐	☐	☐

Movimiento Repetitivo

Destreza
Agarrar
Escribir
Mecanografiar

Mano Derecha

☐ sí ☐ no
☐ sí ☐ no
☐ sí ☐ no
☐ sí ☐ no

Mano Izquierda

☐ sí ☐ no
☐ sí ☐ no
☐ sí ☐ no
☐ sí ☐ no

OTROS REQUISITOS FÍSICOS

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR: _____ FECHA: _____

CONTACTO DEL EMPLEADOR/ASEGURADOR: _____

COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

REQUISITOS DE REGRESO AL TRABAJO

PACIENTE: _____

MÉDICO: _____

DIAGNÓSTICO: _____

TRATAMIENTO (necesario para las reglas y la colocación de OSHA)

- ☐ Analgésico narcótico
 ☐ Medicamentos antiinflamatorios
 ☐ Suturas
☐ Terapia física
 ☐ Otro _____

Vi a este paciente el (fecha) _____ y basado en la descripción anterior del problema médico actual del paciente (marque todo lo que corresponda):

- ☐ Regreso al servicio regular el (fecha) _____.
☐ Regreso al trabajo el (fecha) _____ con restricciones:
 ☐ Temporario ☐ Permanente
☐ Alejado del trabajo hasta (fecha): _____.

Paciente a reevaluar: _____.

Condición

- ☐ Mejorado
☐ Los síntomas empeoran
☐ Sin alterar
☐ No aplica

Horas totales de trabajo por día

- ☐ 4 horas ☐ 6 horas
☐ 8 horas ☐ 10 horas
☐ Sin restricción
☐ Otro _____

- ☐ **Trabajo pesado.** Levantando 50 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 100 libras.
☐ **Trabajo medio—pesado.** Levantando 40 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte ocasional de objetos que pesan hasta 75 libras.
☐ **Trabajo medio.** Levantando 25 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 50 libras.
☐ **Trabajo ligero—medio.** Levantando 20 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 30 libras.
☐ **Trabajo ligero.** Levantando 10 libras frecuentemente con levantamiento y/o transporte de objetos que pesan hasta 20 lbs. Aunque el peso levantado sea de una cantidad insignificante, esta categoría incluiría un trabajo que requiere caminar o estar parado por mucho tiempo o implica estar sentado la mayor parte del tiempo y incluye empujar y tirar de los controles de brazos y/o piernas.
☐ **Trabajo sedentario.** Levantando 10 libras como máximo y ocasional levantamiento y/o transporte de artículos tales como archivos, paquetes livianos y herramientas pequeñas. Aunque un trabajo sedentario se define como aquel que implica estar sentado, a menudo es necesario caminar y estar parado un poco. Los trabajos son sedentarios si solo se requiere caminar y estar parado ocasionalmente y se cumplen otros criterios sedentarios.

REQUERIMIENTOS BÁSICOS

	Continuamente 67-100%	Frecuentemente 34-66%	Ocasionalmente 11-33%	Rara vez 1-10%	Restringido 0%
☐ No aplicable					
Sentar/conducir	☐	☐	☐	☐	☐
Parar	☐	☐	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐	☐	☐
Encorvar	☐	☐	☐	☐	☐
Torcer	☐	☐	☐	☐	☐
Subir	☐	☐	☐	☐	☐
Agachar	☐	☐	☐	☐	☐
Trabajo por encima de la cabeza	☐	☐	☐	☐	☐
Trabajo a la altura de los hombros	☐	☐	☐	☐	☐

Mano: Especificar - Derecha (R); Izquierda (L); Bilaterales (B)

☐ No aplicable					
Agarrar	☐	☐	☐	☐	☐
Agarre de pinza	☐	☐	☐	☐	☐
Alcanzar	☐	☐	☐	☐	☐
Torcer (muñeca)	☐	☐	☐	☐	☐
Empujar/jalar con las manos	☐	☐	☐	☐	☐
Flexión/extensión de muñeca	☐	☐	☐	☐	☐

Pies: Especificar - Derecha (R); Izquierda (L); Bilaterales (B)

☐ No aplicable					
Movimientos repetitivos como en el funcionamiento de los controles de pie/tirar con las manos	☐	☐	☐	☐	☐

☐ Sin exposición a maquinaria en movimiento

☐ Evite el trabajo mojado

Paciente referido (médico): _____

Otras instrucciones y/o limitaciones: _____

☐ Sin exposición a alturas sin protección

☐ Evitar irritantes (especificar) _____

FIRMA DEL MÉDICO: _____

FECHA: _____ HORA: _____

COMPLETADO POR EL MÉDICO