

# ¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?

Una guía referente a los derechos, responsabilidades y beneficios de compensación para trabajadores de Oregon



División de  
Compensación  
para Trabajadores

 DEPARTMENT OF  
CONSUMER  
& BUSINESS  
SERVICES

Junio 2006

# Obtenga respuestas para sus preguntas.

## Proteja sus derechos —

Manténgase en contacto con su **aseguradora**. Pida a su empleador el nombre y número de teléfono de su aseguradora de compensación para trabajadores.

## Si tiene preguntas adicionales, llame al Estado de Oregon:

El **Ombudsman para Trabajadores Lastimados** es una oficina del estado que tiene representantes independientes para los trabajadores lastimados. Ofrece servicios para investigar y resolver quejas y ayudarle a entender sus derechos y responsabilidades. La línea gratuita para trabajadores lesionados es: (800) 927-1271 o TTY: (503) 947-7189.

**La División de Compensación para Trabajadores (WCD)** puede informarle acerca de sus derechos y responsabilidades de compensación para trabajadores. WCD responde a preguntas de trabajadores lesionados, aseguradoras, empleadores, abogados y proveedores médicos. La línea gratuita de información para compensación de trabajadores en Oregon es: (800) 452-0288 o TTY (503) 947-7993.

Para obtener copias de esta publicación en inglés, vietnamita, o ruso llame al (503) 947-7627.

## Visite estos sitios Web —

### **Ombudsman para Trabajadores Lesionados**

[egov.oregon.gov/DCBS/OIW/](http://egov.oregon.gov/DCBS/OIW/)

### **División de Compensación para Trabajadores**

[www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov)



Conforme al Acta de Americanos Incapacitados (ADA), esta publicación puede obtenerse en formatos alternativos. Llame a la División de Compensación para Trabajadores al: (503) 947-7810, (503) 947-7993 (TTY), para ayuda en español (800) 843-8086.

Los materiales en esta publicación son de dominio público y pueden ser fotocopiados y distribuidos sin autorización.

# Tabla de contenidos

<b>Obtenga respuestas para sus preguntas .....</b>	<b>1</b>
<b>Si usted se lesiona en el trabajo.....</b>	<b>5</b>
<b>Estado de su reclamación .....</b>	<b>6</b>
Reclamación no incapacitante	
Reclamaciones incapacitantes	
Aceptación o rechazo de su reclamación	
<b>Tratamiento médico .....</b>	<b>8</b>
Pago de facturas médicas	
Escogiendo doctores	
Cambiando doctores	
Derechos de privacidad en exámenes médicos	
Si su empleador está cubierto por un contrato con una organización de manejo de cuidado médico (MCO)	
Responsabilidades de su doctor	
Cirugía electiva	
Exámenes médicos independientes (IME)	
Cuidado médico después de que su condición se convierte en médicamente estacionaria	
Si usted tiene una reclamación por una nueva condición médica	
Si su condición empeora	
Si su condición empeora después de que sus derechos de agravación terminan	
<b>Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal).....</b>	<b>14</b>
Pago de salario perdido y autorización del doctor	
Período de espera	
Cálculos usados para determinar los pagos de tiempo perdido de trabajo	
<b>Regresando al trabajo.....</b>	<b>17</b>
Derechos de reinstalación	
Trabajo modificado	
Asistencia vocacional	
Asistencia para reemplazo de la WCD	
<b>Clausura de reclamación .....</b>	<b>20</b>
Aviso de Clausura	
Incapacidad parcial permanente	
Incapacidad total permanente	
Muerte	
Reconsideración de clausura	

<b>Derechos de apelación y arreglos de reclamaciones .....</b>	<b>23</b>
Apelaciones	
Arreglos de reclamaciones disputadas (DCS)	
Acuerdo de disposición de reclamación (CDA)	
Multas a aseguradoras	
Confidencialidad de sus expedientes de reclamación	
<b>Glosario de términos usados en compensación para trabajadores .....</b>	<b>26</b>
<b>Directorio de servicios.....</b>	<b>30</b>
<b>Proceso de reclamación de compensación para trabajadores.....</b>	<b>32</b>

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en ***letras cursivas resaltadas*** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

### **¿Preguntas?**

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271  
División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

# Si usted se lesiona en el trabajo:

- Informe inmediatamente a su empleador.
- Si quiere presentar un reclamo de compensación para trabajadores, pida a su empleador el Formulario 801 “Reporte de Lesión o Enfermedad Ocupacional” (Report of occupational injury or disease/illness)
- Si recibe atención médica, informe a su doctor o **enfermera practicante autorizada** que usted se lesionó en el trabajo. Usted y su médico o enfermera practicante autorizada deben llenar el Formulario 827 de Oregon, “Reporte del Trabajador y Médico para Reclamación de Compensación para Trabajadores” (Workers’ and Physician’s Report for Worker’s Compensation Claims).
- Lea todas las cartas y avisos que reciba acerca de su reclamación y mantenga copias de todas las cartas que usted envíe. Ponga atención a las instrucciones para las citas médicas, los tiempos límites para apelar decisiones, e información requerida. Si usted se pasa o no actúa dentro de los límites de tiempo, puede perder sus derechos a los beneficios de compensación para trabajadores.
- Si necesita el nombre de la aseguradora de compensación para trabajadores de su empleador, llame a la División de Compensación para Trabajadores al (888) 877-5670.
- Si necesita información acerca del proceso de la reclamación, llame a la División de Compensación para Trabajadores al (800) 452-0288.
- Si tiene preguntas acerca de su reclamación o documentos que haya recibido, llame a su aseguradora.
- Asista a todas sus citas médicas.
- Póngase en contacto inmediatamente con su empleador cuando su médico le autorice a regresar al trabajo.
- Mantenga récord de su reclamación en la tarjeta desplegable que se encuentra en este folleto “Récord informativo de la reclamación.”

# Estado de su reclamación

## Reclamación no incapacitante

Usted tiene una lesión **no incapacitante** si su lesión o enfermedad ocupacional solamente requiere servicio médico, su doctor no autoriza más de tres días de tiempo perdido a partir del día en que usted dejó el trabajo por causa de la lesión, y la lesión no resulta en una incapacidad permanente. Sus derechos a servicios pagados por la aseguradora se suspenderán cuando su doctor lo identifique como **médicamente estacionario**. Usted tiene un año a partir de la fecha de aceptación de la lesión para ponerse en contacto por escrito con su aseguradora si cree que su reclamación fue clasificada por error como no incapacitante.

## Reclamaciones incapacitantes

Usted tiene una **reclamación incapacitante** si pierde más de tres días de trabajo a causa de la lesión y su doctor le autoriza que deje de trabajar. Si usted recibe pagos por incapacidad temporal a causa de su lesión o enfermedad, o si en lo razonable se espera que su incapacidad se convierta en permanente, su reclamación es clasificada como incapacitante.

## Aceptación o rechazo de su reclamación

Su aseguradora debe aceptar o rechazar su reclamación dentro de 60 días a partir de la fecha en que usted le comunica a su empleador que quiere presentar una reclamación. Si su reclamación es negada, su aseguradora le enviará una carta en la que le informará sobre sus derechos de apelación. Si su reclamación es aceptada, su aseguradora le enviará una “Notificación de Aceptación” que listará las condiciones médicas aceptadas para beneficios por parte de su aseguradora. Si cree que se ha omitido una condición médica o que la notificación está incompleta o es incorrecta, usted debe notificar a su aseguradora por escrito del error.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en **letras cursivas resaltadas** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

## Estado de su reclamación

Su aseguradora pagará por el tiempo perdido de trabajo (incapacidad temporal) autorizado por su doctor, hasta que su reclamación sea rechazada o algún otro evento cause la suspensión de los beneficios por tiempo perdido. Usted no deberá restituir los beneficios por tiempo perdido que haya recibido si su reclamación es rechazada. Sin embargo, si su reclamación es negada dentro de dos semanas a partir del día en que usted reportó la reclamación a su empleador, usted no recibirá ***pago por tiempo perdido***.

Si su aseguradora niega la reclamación, en base a un reporte de un examen médico independiente (IME) y su médico no está de acuerdo con el reporte del IME, usted puede apelar la negación de la reclamación, y puede pedir un examen por parte de un doctor seleccionado por la División de Compensación para Trabajadores.



### **¿Preguntas?**

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

# Tratamiento médico

## Pago de facturas médicas

Si su reclamación es aceptada, su aseguradora deberá pagar por el tratamiento médico relacionado con la lesión, transporte, comidas y hospedaje necesarios para que usted asista a los exámenes médicos, y por medicinas recetadas, con algunas limitaciones. Su aseguradora también le pagará beneficios por tiempo perdido si es autorizado por su médico o enfermera practicante autorizada. Su aseguradora le reembolsará por el tiempo perdido dentro de los límites establecidos en los Reglamentos Administrativos de Oregon. Su doctor debe enviar directamente a su aseguradora las facturas por servicios médicos. Ahora algunas aseguradoras también pagan directamente a las farmacias por las prescripciones médicas. Mantenga los recibos de todos los gastos que usted haya pagado de su bolsillo. Envíe un pedido por escrito a la aseguradora solicitando el reembolso de los gastos (adjunte copias de los recibos) antes de que pasen dos años a partir de la fecha de servicio.

Si su reclamación es negada, la aseguradora no pagará los gastos médicos asociados con su reclamación, con las siguientes excepciones:

- Si su aseguradora requiere que usted reciba tratamiento médico de una **organización de manejo de cuidado médico (MCO)**, los gastos médicos serán pagados por la aseguradora hasta que su reclamación sea negada.
- Si usted tiene seguro de salud personal, es posible que su aseguradora de compensación para trabajadores pague los gastos por cuidado médico necesario que no estén cubiertos bajo su seguro de salud, a menos que su reclamo sea negado dentro de 14 días a partir del día en que la reclamación fue presentada. Los costos pagados por la aseguradora de compensación de un trabajador pueden ser recobrados de futuros pagos que usted pueda recibir por cualquier reclamación que usted tenga con la misma aseguradora.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en **letras cursivas resaltadas** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

## Escogiendo doctores

A menos que su aseguradora le haya inscrito en una organización de manejo de cuidado médico (MCO), usted puede ser tratado por cualquier doctor que califique como un **médico primario** bajo la ley de Oregon o por cualquier enfermera practicante autorizada por el director del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios. Una enfermera practicante autorizada está sujeta a límites de tiempo para tratar a un trabajador lesionado y autorizar tiempo perdido de trabajo. Para saber si su enfermera practicante está autorizada para tratar a trabajadores lesionados, llame a la División de Compensación para Trabajadores al (503) 947-7710, o visite el sitio Web de la división, [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov), y elija la opción “Medical Providers” (Proveedores Médicos) para obtener una lista de enfermeras practicantes autorizadas.

## Cambiando doctores

Usted puede tener solamente un doctor o enfermera practicante autorizada a la vez. Después de escoger su primer doctor, usted puede cambiar doctores o enfermeras practicantes dos veces. Para hacer cambios adicionales usted necesita aprobación de su aseguradora o de la División de Compensación para Trabajadores. Si usted cambia doctores o enfermeras practicantes, tiene que llenar la forma 827 en la oficina de su nuevo doctor o enfermera practicante autorizada.

No se considera un cambio de doctor o enfermera practicante cuando usted es tratado por un médico de emergencia o médico de turno, o si su doctor o enfermera practicante lo refiere a un especialista pero continúa como su médico primario responsable por el cuidado de su salud. Si usted está inscrito en una organización de manejo de cuidado médico (MCO), sus derechos pueden diferir. Contacte a su MCO si tiene preguntas.

---

### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

## Derechos de privacidad en exámenes médicos

Usted tiene derecho a privacidad durante los exámenes médicos. Su empleador o su aseguradora no pueden enviar un representante a sus exámenes médicos a menos que usted haya dado autorización escrita. Usted tiene derecho a negarse a la presencia de un representante durante sus exámenes médicos y sus beneficios no pueden ser reducidos o suspendidos si usted se niega.

## Si su empleador está cubierto por un contrato con una organización de manejo de cuidado médico (MCO)

Si su empleador está cubierto bajo un contrato con una MCO, su aseguradora puede inscribirle con la MCO en cualquier momento después de su lesión, y requerirle que seleccione un médico de la MCO. Su aseguradora le dará una lista de proveedores junto con la notificación de inscripción. Hasta que usted sea inscrito con una MCO, puede recibir tratamiento de cualquier doctor o enfermera practicante que califique como tal. Después de inscribirse usted puede continuar recibiendo tratamiento de su médico regular, el cual debe ser un doctor de medicina familiar, general, o especialista de medicina interna. Su médico puede continuar tratándolo si se compromete a hacerlo de acuerdo al contrato de la MCO. Esto también es aplicable a tratamiento provisto por una enfermera practicante y que está autorizada a tratar trabajadores lesionados.

## Responsabilidades de su doctor

Su doctor o enfermera practicante autorizada están encargados de su tratamiento médico. Cuando sea necesario ellos pueden autorizar ausencia del trabajo, horas de trabajo u obligaciones reducidas, o autorizarle a regresar al trabajo y decidir cuando usted está médicamente estacionario. Si una enfermera practicante lo ha estado tratando, le puede referir a un doctor para un examen de clausura si su incapacidad parece ser permanente.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en **letras cursivas resaltadas** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

### Cirugía electiva

Esta es cirugía que no es de emergencia. Antes de que una cirugía electiva sea realizada usted o su doctor deben notificar a su aseguradora, la que puede requerir una segunda opinión (los procedimientos de la MCO pueden diferir). Si su doctor y su aseguradora no están de acuerdo acerca de la necesidad de una cirugía, su aseguradora puede pedir a la Sección de Revisión Médica de la División de Compensación para Trabajadores que revise la solicitud para cirugía.

### Exámenes médicos independientes (IME)

Su aseguradora puede requerir que usted asista a exámenes médicos con doctores seleccionados por su aseguradora y sus beneficios de compensación para trabajadores pueden ser suspendidos si usted no asiste a estos exámenes. El/los doctor(es) IME no proveerán tratamiento, ellos solo tratarán de contestar preguntas hechas por su compañía aseguradora acerca de su lesión o enfermedad ocupacional y puede(n) conducir un examen médico que incluya una evaluación física o de su capacidad de trabajo. Si un procedimiento médico invasivo es recomendado, se requiere su autorización para realizarlo y sus beneficios no pueden ser reducidos o suspendidos si usted se niega. Su aseguradora deberá pagar por todos los costos del examen médico. Su aseguradora deberá reembolsarle por los gastos necesarios para asistir al examen. Si necesita el pago adelantado de sus gastos para asistir al examen póngase en contacto con su aseguradora.

Usted puede tener un familiar o amigo que lo acompañe durante el examen, pero su aseguradora no está requerida a pagar ninguno de los gastos de su acompañante. Consulte con la aseguradora si usted cree que su condición relacionada con el accidente de trabajo requiere de asistencia para que usted pueda asistir a la cita.

---

### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271  
División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

## Cuidado médico después de que su condición se convierte en médicamente estacionaria

Usted está médicamente estacionario cuando no se espera que mejore con tratamientos posteriores o con el paso del tiempo. Después de que su condición se convierte en médicamente estacionaria, su aseguradora es responsable por futuros servicios médicos relacionados con su(s) condición(es) aceptadas. Su aseguradora continuará cubriendo los costos de servicios médicos como prescripciones médicas, cuidado diagnóstico, cuidado para preservar la vida y algunos otros servicios relacionados con su(s) condición(es) médica(s) aceptada(s). Algunos costos médicos no son cubiertos después de que su condición se convierte en médicamente estacionaria. Consulte con su aseguradora o con la División de Compensación para Trabajadores para asegurarse de cuáles son los servicios que están cubiertos.

Cuidado paliativo es el cuidado médico que le ayuda a sentirse mejor pero que no cura su condición. Será cubierto si usted está trabajando y necesita el cuidado para continuar trabajando, o durante el tiempo en el que usted deba asistir al entrenamiento vocacional. Este cuidado es pagado solamente si es aprobado por su aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores.

## Si usted tiene una reclamación por una nueva condición médica

Si usted cree que su aseguradora omitió una condición en la notificación de aceptación o si usted desarrolla una nueva condición médica a causa de la lesión, escriba a su aseguradora y solicite una aceptación escrita de la nueva condición. Su aseguradora tiene 60 días para aceptar o negar la reclamación por la nueva condición médica. Si su fecha de lesión es anterior al 1 de enero del 2002, su aseguradora puede tener hasta 90 días para tomar una decisión acerca de la nueva condición.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en *letras cursivas resaltadas* en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

### Si su condición empeora

Si su condición aceptada empeora después de que su condición se convierte en médicamente estacionaria, usted puede presentar una reclamación por “agravación” para que su reclamación sea reabierta. Llene la forma 827 en la oficina de su doctor y marque la casilla de Reporte de agravamiento de la lesión original (Report of aggravation of original injury). Su doctor enviará esta forma y los reportes médicos a su aseguradora.

- Los derechos de agravación de una reclamación incapacitante expiran cinco años después de que su reclamación es cerrada por primera vez.
- Los derechos de agravación de una reclamación no incapacitante expiran después de cinco años a partir de la fecha de su lesión.

### Si su condición empeora después de que sus derechos de agravación terminan

Si usted no puede trabajar porque su condición empeora, y usted necesita hospitalización o cirugía u otro tratamiento curativo que le permita regresar a trabajar, contacte a su aseguradora. Su aseguradora puede reabrir su reclamación y pagarle compensación por tiempo perdido de trabajo durante su recuperación de acuerdo a la autorización de su doctor.

Usted tiene el derecho de hacer una reclamación si desarrolla una nueva condición médica relacionada con la lesión original, o si piensa que una condición fue omitida en alguna de las notificaciones de aceptación anteriores. Si su aseguradora acepta una nueva condición médica o una condición médica omitida, es posible que su aseguradora le pague beneficios por tiempo perdido de trabajo durante su recuperación de acuerdo a la autorización de su doctor.

Cuando usted está médicamente estacionario y tiene una incapacidad permanente debido a su nueva condición médica aceptada o a una condición médica omitida, es posible que su aseguradora le otorgue una recompensa de dinero por su incapacidad permanente.

---

### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271  
División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

# *Pago por tiempo perdido (incapacidad temporal)*

## **Pago de salario perdido y autorización del doctor**

Usted recibirá de su aseguradora pago por tiempo perdido si su doctor autoriza tiempo fuera del trabajo o trabajo modificado (también llamado “trabajo liviano”) que resulte en pérdida de salario. Si su doctor provee autorización escrita a su asegurador prontamente después de que usted se lesiona, los pagos por tiempo perdido usualmente comienzan dos semanas después de que usted reporta el reclamo a su empleador. De otra manera, su primer cheque le será enviado por correo dentro de dos semanas a partir de la fecha en que su aseguradora recibe autorización de su doctor.

Cada vez que tenga una cita con su doctor asegúrese de pedirle la apropiada autorización por tiempo perdido para enviarla a su aseguradora. Si la autorización por tiempo perdido de trabajo expira antes de su cita, su doctor puede aprobar pago por tiempo perdido solamente por las dos semanas anteriores. Para que el pago le llegue puntualmente, contacte a su aseguradora tan pronto como empiece a faltar al trabajo.

Los beneficios por tiempo perdido de trabajo serán suspendidos si ocurre una de las siguientes situaciones:

- Su doctor no proporciona una autorización de tiempo perdido de trabajo a su aseguradora.
- Su reclamación es negada.
- Su doctor le da una autorización por escrito para regresar a su trabajo regular.
- Usted regresa al trabajo con sueldo completo.
- Un Aviso de Clausura cierra su reclamación.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en ***letras cursivas resaltadas*** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

■ Usted es encarcelado. Encarcelado significa en detención antes de un juicio o en prisión después de ser condenado por un crimen.

■ Se retira por sí mismo de la fuerza laboral.

Los beneficios de tiempo perdido de trabajo también se reducirán o cesarán si ocurre uno de los siguientes:

■ Su doctor autoriza por escrito una oferta de trabajo modificado que usted es físicamente capaz de realizar, pero se niega a aceptar.

■ Su doctor autoriza el trabajo con su empleador y su empleador lo despide (con causa).

■ Su doctor o enfermera practicante autorizada le autoriza regresar a trabajar, pero usted no puede trabajar porque usted se encuentra en los Estados Unidos en violación de las leyes federales de inmigración.

## Período de espera

No se le pagará por los primeros tres días calendario que no trabaje a menos que no pueda realizar ningún trabajo por 14 días consecutivos o que sea hospitalizado como paciente interno durante los primeros 14 días de incapacidad total. Si pierde tiempo de trabajo o sueldo el día en que se lesionó, ese será el primer día del período de espera. Si se le autoriza realizar trabajo liviano en cualquier momento durante los 14 días, no se le pagará por los primeros tres días.

## Cálculos usados para determinar los pagos de tiempo perdido de trabajo

Los beneficios por tiempo perdido de trabajo, algunas veces llamados beneficios de ***incapacidad total temporal (TTD, por sus siglas en inglés) o incapacidad parcial temporal (TPD, por sus siglas en inglés)***, están basados en el sueldo semanal que ganaba cuando se lesionó.

---

### ¿Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

Su sueldo semanal (o sueldo bruto) puede ser calculado de acuerdo al promedio del sueldo que ganó durante el año calendario anterior a su lesión. Si tenía trabajos adicionales en el momento de la lesión, puede calificar para recibir pagos de incapacidad adicionales. Debe notificarle a su aseguradora acerca de sus otros trabajos dentro de los 30 días siguientes después de que su aseguradora reciba su reclamación inicial y debe proporcionar talones de cheques o archivos de nómina como prueba de los sueldos pagados en los otros trabajos.

Si usted no puede trabajar, los pagos por tiempo perdido de trabajo serán iguales a las dos terceras partes de su sueldo bruto, siempre y cuando no sea más del máximo permitido por la ley. Si su sueldo semanal era de \$75 o menos, su porcentaje de TTD será el 90 por ciento de su sueldo bruto semanal o \$50, el que sea menos. Cada 1 de julio la tasa por tiempo perdido del trabajador es ajustada. Si sus horas laborales son reducidas o si está realizando trabajo modificado que paga menos que su sueldo normal, su aseguradora le enviará pagos por tiempo perdido de trabajo (TPD, por sus siglas en inglés) para reemplazar parte de sus sueldos perdidos. Si tiene una lesión incapacitante, también recibirá TPD si debe salir del trabajo por cuatro horas o más para recibir tratamiento médico para su lesión (a menos que su empleador le pague sueldo por esta ausencia).

Para lesiones sucedidas a partir del 1 de enero del 2005, su sueldo por tiempo perdido es un factor importante para calcular cualquier beneficio de compensación que usted pueda recibir. Es muy importante verificar que los sueldos apropiados sean usados en estos cálculos. Comuníquese con la aseguradora si tiene preguntas acerca de cómo fueron calculados sus beneficios por tiempo perdido de trabajo.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en *letras cursivas resaltadas* en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

# Regresando al trabajo

## Derechos de reinstalación

La mayoría de los empleadores en Oregon con más de 20 trabajadores están obligados a regresarlo a su trabajo, o a otro trabajo adecuado, después de que su doctor le dé permiso para trabajar. Su aseguradora le enviará un aviso por escrito cuando su doctor le dé permiso para regresar al trabajo. Cuando reciba dicho aviso, debe pedirle a su empleador su trabajo u otro trabajo adecuado dentro de siete días calendarios (antes si su contrato sindical o las políticas de personal del empleador así lo requieren) o perderá su derecho a ser reinstalado con su empleador. Además, cuando reciba una autorización para regresar a trabajar, deberá llevársela a su empleador tan pronto como le sea posible, ya que puede haber trabajos disponibles que sean físicamente apropiados para usted.

Si tiene preguntas acerca de sus derechos de reinstalación o cree haber sido tratado injustamente por su empleador debido a su lesión, llame al Departamento de Trabajo e Industrias, (503) 731-4075 en el área de Portland, o (541) 686-7623 fuera del área de Portland.

## Trabajo modificado

Si su empleador le ofrece trabajo modificado, comuníquese con su doctor para averiguar si es físicamente capaz de realizar el trabajo. Si después de regresar al trabajo encuentra que no puede realizar el trabajo debido a su lesión, comuníquese con su doctor inmediatamente. Si su trabajo modificado paga menos que su trabajo al momento de su lesión, recibirá cheques por tiempo perdido de trabajo (TPD) para compensar la parte del sueldo perdido. Si su doctor dice que puede realizar trabajo modificado, debe aceptar el trabajo o sus beneficios de tiempo perdido de trabajo (TPD) pueden ser reducidos o suspendidos. Puede rechazar un trabajo modificado sin que sus beneficios por tiempo perdido terminen si cualquiera de las siguientes situaciones es cierta:

---

### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

- El trabajo no es con el empleador donde se lastimó o en un lugar de trabajo del empleador donde se lastimó.
- Su doctor dice que usted es físicamente incapaz de viajar al lugar de trabajo. “Viajar al lugar de trabajo” se refiere a la distancia entre su residencia y su trabajo, o su residencia y su trabajo modificado.
- El lugar de trabajo queda a más de 50 millas de donde trabajaba antes de su lesión, a menos que ese lugar de trabajo esté a menos de 50 millas de distancia de su casa. Sin embargo, una distancia mayor puede ser apropiada si el empleador tiene lugares de trabajo múltiples o móviles y antes de la lesión usted podría haber sido asignado a cualquiera de esos lugares.
- El nuevo horario de trabajo (turno) difiere de las reglas escritas del empleador, es distinto a la práctica común del empleador, o al acuerdo colectivo negociado.

## Asistencia vocacional

La asistencia vocacional incluye ayuda con colocación y capacitación de empleo. Puede calificar para asistencia si cumple con los siguientes requisitos:

- Tiene incapacidad permanente.
- No puede regresar a su trabajo regular o a un trabajo que le pague al menos el 80 por ciento del sueldo que ganaba.
- Tiene autorización para trabajar en los Estados Unidos.

Dentro de los 35 días siguientes a que su médico o enfermera practicante autorizada lo identifique como médicamente estacionario, su aseguradora determinará si califica para asistencia vocacional y le notificará la decisión por escrito. Comuníquese con su aseguradora si necesita ayuda para regresar al trabajo. Si tiene preguntas, puede llamar gratis a la División de Compensación para Trabajadores en Salem, (800) 452-0288, o en Medford, (800) 696-7161.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en ***letras cursivas resaltadas*** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

## Asistencia para reemplazo de la WCD

- El Programa del Empleador donde se Lastimó ayuda a los trabajadores a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo con el empleador donde se lastimaron. Debido a su lesión, su empleador puede calificar para beneficios de asistencia para regresarlo a trabajo liviano mientras su reclamación esté abierta.
- El Programa del Trabajador Preferido ayuda a los trabajadores lesionados a regresar al trabajo. Si tiene una incapacidad permanente debido a su lesión y su doctor dice que no puede regresar a su trabajo regular, puede calificar como un Trabajador Preferido.

A través del Programa del Trabajador Preferido los empleados pueden ofrecer incentivos económicos a los empleadores de Oregon que los contraten. Para saber si usted califica, llame a los números gratuitos (800) 445-3948 o, en la región de Medford, (800) 696-7161.



---

### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

# Clausura de reclamación

## Aviso de Clausura

Las reclamaciones incapacitantes están “abiertas” o activas mientras se recupera de su lesión y son “cerradas” o inactivas cuando se vuelve médicamente estacionario. Su reclamación también será cerrada si su lesión en el trabajo ya no es la causa principal de su incapacidad o si usted no asiste a sus citas médicas. Su aseguradora le enviará los siguientes documentos importantes cuando su reclamación sea cerrada:

- Un Aviso de Clausura (*Notice of Closure*) es el documento legal que cierra su reclamación, lista los períodos para los cuales se autorizaron beneficios de tiempo perdido de trabajo y le dice cuánta incapacidad permanente puede tener. Este documento también le dice lo que debe hacer si quiere apelar la clausura.
- Un Aviso de Aceptación Actualizado al Tiempo de Clausura (*Updated Notice of Acceptance at Closure*) lista las condiciones médicas que su aseguradora ha aceptado. Si el aviso actualizado está incompleto o es incorrecto, avísele a su aseguradora por escrito.
- Un folleto, “*Entendiendo la clausura de reclamación y sus derechos*,” (Understanding Claim Closure and Your Rights) explica los derechos y el proceso de apelación y los tipos de cuidado pagados por su aseguradora después de la clausura de reclamación.

Después de que terminen sus pagos por tiempo perdido de trabajo, puede tener derecho a beneficios de desempleo (aún cuando ordinariamente sería demasiado tarde para calificar). Dentro de las cuatro semanas a partir de la fecha del aviso de clausura de la reclamación, debe averiguar si califica para una “extensión de base anual” especial, disponible para algunos trabajadores lesionados. Comuníquese con la oficina del Departamento de Empleo de Oregon en su área.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en ***letras cursivas resaltadas*** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

### Incapacidad parcial permanente (PPD, por sus siglas en inglés)

Si su Aviso de Clausura muestra que tiene una **incapacidad parcial permanente**, quiere decir que su lesión resultó en una condición que no ha regresado a la normalidad o a la condición antes de la lesión. Incapacidad es una combinación de impedimentos en una parte del cuerpo, tal como pérdida de movimiento o sensibilidad en una mano o pie, y puede incluir factores de edad, educación, historial laboral y habilidad actual para trabajar. Los pagos por incapacidad están basados en una fórmula establecida por la ley.

Usted puede tener derecho a recibir pago de parte de su aseguradora por su incapacidad; esto es conocido como una “recompensa.” La cantidad dependerá de la seriedad de la incapacidad y si ocurrió o no un sobrepago de beneficios. Si su aseguradora le sobrepagó por los beneficios mientras su reclamación estaba abierta, su aseguradora puede recuperar el sobrepago reduciendo su pago por incapacidad permanente o reduciendo beneficios futuros.

Si su recompensa es de \$6,000 o menos, su aseguradora le pagará una suma total — un solo pago — antes de que pasen 30 días a partir de la fecha de envío del Aviso de Clausura.

Si su recompensa de PPD es mayor a \$6,000, su aseguradora le hará pagos mensuales hasta que la recompensa sea pagada en su totalidad. El primer pago es pagadero dentro de 30 días a partir de la fecha de envío del Aviso de Clausura. Sus pagos de recompensa mensuales son iguales a su tasa mensual de incapacidad total temporal. Puede pedirle a su aseguradora que le pague una suma total. Sin embargo, si usted o su aseguradora apela la cantidad de su recompensa por incapacidad permanente, usted no puede recibir el pago de la suma total hasta que el proceso de apelación haya terminado.

**Si solicita y acepta un pago de la suma total de cualquier parte de su recompensa por incapacidad permanente, usted renuncia a su derecho de apelar la cantidad de la recompensa.**

---

### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

## Incapacidad total permanente (PTD, por sus siglas en inglés)

Si su Aviso de Clausura muestra que tiene una ***incapacidad total permanente***, significa que usted está permanentemente incapacitado para realizar su trabajo de una manera funcional y productiva. Recibirá pagos mensuales por incapacidad por el resto de su vida si permanece totalmente incapacitado. Su aseguradora reexaminará su reclamación cada dos años para ver si sigue incapacitado para trabajar.

## Muerte

Cuando un trabajador muere debido a una lesión ocurrida en el trabajo o por enfermedad ocupacional, la ley de Oregon obliga a las aseguradoras a realizar pagos mensuales a la esposa, hijos, otros beneficiarios elegibles, y a pagar los gastos de entierro del trabajador.

## Reconsideración de clausura

Si no está de acuerdo con el Aviso de Clausura, debe escribirle a la División de Compensación para Trabajadores dentro de los 60 días a partir de la fecha de franqueo impresa en el Aviso de Clausura. También puede llenar y enviar a WCD el formulario “Petición de Reconsideración.” (Worker’s Request for Reconsideration). Puede llamar a WCD y pedir que le envíen la forma por correo o puede obtenerla visitando: [www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov). Haga click en “Forms,” luego haga click en “Forms by category.”

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en ***letras cursivas resaltadas*** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

# Derechos de apelación y arreglos de reclamaciones

## Apelaciones

Una “apelación” es una solicitud de parte de un trabajador lesionado, una aseguradora, o una de las otras partes de la reclamación para la revisión de una decisión tomada acerca de una reclamación. Si recibe un aviso de que su reclamación o beneficios son negados o terminados, el documento que reciba tendrá instrucciones sobre cómo apelar si está en desacuerdo con la decisión. **Existen límites de tiempo para la mayoría de las apelaciones. Perderá sus derechos de apelación si no apela dentro de los límites indicados en la carta que recibió.** Usualmente los beneficios que están sujetos a la apelación no se pagan hasta que el proceso de apelación sea completado. Si desea asesoramiento legal, consulte las páginas amarillas de su directorio telefónico bajo “Attorneys” (abogados) o llame al Colegio de Abogados del Estado de Oregon al (800) 452-7636, para encontrar a un abogado que maneje casos de compensación para trabajadores en su área.

## Arreglos de reclamaciones disputadas

Si usted y su aseguradora no están de acuerdo si su reclamación o condición de compensación para trabajadores es válida, usted y su aseguradora pueden resolver el desacuerdo mediante un acuerdo de reclamación disputada. **Si acepta dicho acuerdo, su reclamación permanecerá negada, y usted renunciará a todos sus derechos a beneficios futuros para las condiciones médicas negadas de la reclamación.** Los proveedores médicos pueden cobrarle por los servicios que no sean pagados por su aseguradora. Asegúrese de saber cuales serán sus obligaciones bajo el acuerdo antes de aceptarlo.

---

### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

## Acuerdo de disposición de reclamación

Si usted tiene una reclamación aceptada, usted puede recibir una cantidad de dinero a cambio de renunciar a sus derechos de reclamación mediante un acuerdo de disposición de reclamación. En dicho acuerdo usted puede renunciar a sus derechos a los siguientes beneficios de reclamación:

- Beneficios por tiempo perdido de trabajo presentes y futuros
- Recompensas por incapacidad parcial permanente presentes y futuras
- Pagos mensuales por incapacidad total permanente
- Beneficios de asistencia vocacional
- Derechos de **Agravación** para reabrir su reclamación
- Derechos de Sobrevivientes

Sin embargo, usted no puede renunciar a su derecho a beneficios médicos ni a su elegibilidad para el Programa del Trabajador Preferido.

El acuerdo que usted y su aseguradora firmen es el acuerdo de disposición de reclamación. Todos los acuerdos de disposición de reclamación son revisados y aprobados por la **Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Board)**. Si tiene alguna pregunta acerca de los acuerdos de disposición de reclamación, puede comunicarse con el Ombudsman para Trabajadores Lesionados.

## Multas a aseguradoras

Si cree que su aseguradora actuó irrazonablemente al retrasar la aceptación o negación de su reclamación o al retrasar el pago de beneficios, usted puede escribir a la División de Compensación para Trabajadores y solicitar que se imponga una multa a la aseguradora. Si la División de Compensación para Trabajadores encuentra que la multa es apropiada, su aseguradora le pagará a usted la multa.

---

**Nota:** Para la definición de la terminología en **letras cursivas resaltadas** en este folleto diríjase al Glosario de Términos en la página 26. Los teléfonos de la agencia están listados en el Directorio de Servicios, página 30.

### Confidencialidad de sus expedientes de reclamación

Las órdenes legales expedidas por agencias estatales y tribunales son información pública. Sin embargo, los documentos de reclamaciones e informes médicos archivados con su aseguradora o la División de Compensación para Trabajadores no están abiertos al público y sus expedientes serán liberados sólo en circunstancias limitadas:

- Cuando sean solicitados por usted o su abogado
- Cuando participe en litigación y los expedientes relevantes sean citados
- Cuando un tribunal ordene la liberación de los expedientes
- Cuando sean necesitados por agencias gubernamentales de este estado o de los Estados Unidos
- Cuando una aseguradora de compensación para trabajadores solicite información acerca de reclamaciones pasadas, incluyendo información médica relevante, para tomar decisiones acerca de su reclamación actual

La liberación de su información por cualquier otra razón requiere de su permiso escrito. Por ley, los empleadores no pueden utilizar el historial de compensación para trabajadores de una persona para tomar decisiones de contratación.

---

#### ¡Preguntas?

Ombudsman para Trabajadores Lesionados: (800) 927-1271

División de Compensación para Trabajadores: (800) 452-0288

# Glosario de términos usados en compensación para trabajadores

**Aseguradora** Una compañía de seguros, un empleador asegurado por sí mismo, o un grupo de empleadores asegurados por sí mismos que proveen cobertura de compensación para empleadores y beneficios a trabajadores lesionados.

**Beneficios por incapacidad parcial temporal (TPD)**  
Pago parcial por sueldo perdido si es que el trabajador solamente puede trabajar a tiempo parcial o trabajo liviano. ORS 656.212

**Beneficios por incapacidad total temporal (TTD)**  
Pago por pérdida total de sueldo después de una lesión. ORS 656.210

**División de Compensación para Trabajadores (WCD)**  
Es la división del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios del estado que administra las leyes de compensación para trabajadores.

**Enfermedad ocupacional** Una enfermedad o infección desarrollada en el trabajo, o que ocurre en el curso y actividades del trabajo. Es causada por sustancias o actividades a las cuales un empleado no está ordinariamente sujeto o expuesto aparte de en el lugar de trabajo, para el tratamiento de la cual se requieren servicios médicos, o que resulta en incapacidad o muerte. ORS 656.802

**Enfermera(o) Practicante Autorizada(o)**  
Un(a) enfermero(a) practicante autorizado(a) por la División de Compensación para Trabajadores para proveer servicios médicos compensables a un trabajador lesionado por un período de 90 días a partir de la fecha de la primera visita a un(a) enfermero(a) practicante en la reclamación inicial. También puede autorizar beneficios de incapacidad temporal por un período de hasta 60 días a partir de la primera visita a un(a) enfermero(a) practicante en la reclamación inicial. Los enfermeros autorizados por las organizaciones del manejo del cuidado médico pueden tratar por más de 90 días. ORS 665.005

**Incapacidad parcial permanente (PPD)** Es la pérdida permanente del uso o función de una parte del cuerpo o sistema corporal como está definido por ORS 656.214.

**Incapacidad total permanente (PTD)** Es la pérdida permanente del uso o función de una parte del cuerpo en combinación con cualquier incapacidad preexistente que permanentemente incapacita al trabajador para regresar a un trabajo regular que sea remunerable y adecuado. ORS 656.206

**Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (WCB)** Es la agencia, parte del Departamento de Servicios para Consumidores y Negocios, responsable de conducir audiencias y revisar las decisiones y acuerdos que afectan los beneficios de los trabajadores lesionados.

**Lesión** Una lesión ocurrida en el trabajo (un evento imprevisto sin indiscreción) o enfermedad ocupacional.

**Lesión incapacitante** Una lesión o enfermedad ocurrida en el trabajo que da derecho al trabajador a beneficios de compensación por incapacidad o por muerte. ORS 656.005

**Lesión no incapacitante** Una lesión o enfermedad ocurrida en el trabajo que sólo requiere servicios médicos y que no resulta en incapacidad para trabajar después de los primeros tres días, o que resulta en una incapacidad permanente que puede ser medida. ORS 656.802

**Medicamento estacionario** Es el punto en que el médico primario o enfermera(o) practicante autorizada(o) decide que una condición médica no mejorará significativamente con tratamientos posteriores o con el paso del tiempo.

**Médico primario** Un(a) doctor(a) que es primariamente responsable por el tratamiento de un trabajador lesionado. ORS 656.005

**Ombudsman para Trabajadores Lesionados (OIW)** Es la oficina del estado que sirve como representante independiente para trabajadores lesionados y ofrece asistencia para investigar y resolver quejas. También ayuda a los trabajadores lesionados a entender sus derechos y obligaciones. ORS 656.709

### **Organización del manejo del cuidado médico (MCO)**

Una organización que tiene un contrato con una aseguradora para coordinar servicios médicos a trabajadores lesionados. ORS 656.260

**Pagos por tiempo perdido** Compensación pagada a un trabajador lesionado, el cual pierde tiempo de trabajo o sueldo como resultado de una lesión.  
ORS 656.210

**Reclamación de Agravación** Es una reclamación para beneficios posteriores debido al empeoramiento de la condición médica aceptada, después de que la reclamación ha sido cerrada. Los derechos de agravación expiran cinco años después de la primera fecha de clausura o cinco años a partir de la fecha de la lesión en reclamaciones no-incapacitantes.  
ORS 656.273

# Directorio de servicios

Visite los siguientes sitios Web del estado de Oregon para más información:

## **División de Compensación para Trabajadores**

[www.wcd.oregon.gov](http://www.wcd.oregon.gov)

## **Ombudsman para Trabajadores Lesionados**

[egov.oregon.gov/DCBS/OIW/](http://egov.oregon.gov/DCBS/OIW/)

## **Junta Directiva de Compensación para Trabajadores**

[www.wcb.oregon.gov](http://www.wcb.oregon.gov)

## **División de Compensación para Trabajadores**

350 Winter St. NE

P.O. Box 14480

Salem, OR 97309-0405

Información general ..... (503) 947-7810

Línea de Información de

Compensación para Trabajadores

(línea gratuita en Oregon) ..... 1 (800) 452-0288

o envíenos un e-mail a: [workcomp.questions@state.or.us](mailto:workcomp.questions@state.or.us)

TTY\* ..... (503) 947-7993

Información sobre beneficios ..... (503) 947-7585

(línea gratuita en Oregon) ..... 1 (800) 452-0288

Índice de Empleadores (para verificar la aseguradora del empleador)

(línea gratuita en Oregon) ..... 1 (888) 877-5670

Investigaciones — Línea contra fraude

(línea gratuita en Oregon) ..... 1 (800) 452-0288

Información sobre organizaciones de

manejo del cuidado médico (MCOs) ..... (503) 947-7821

Costos médicos, tratamiento médico, cuidado curativo, disputas de cuidado

paliativo, beneficios médicos interinos .... (503) 947-7816

Reconsideración de clausuras

de reclamación ..... (503) 947-7816

Asistencia para reemplazo ..... (503) 947-7588

(línea gratuita en Oregon) ..... 1 (800) 445-3948

Área de Medford ..... (541) 776-6032 (V/TTY)\*

(línea gratuita en Oregon) ..... 1 (800) 696-7161

Elegibilidad/asistencia vocacional,  
planes para regresar a trabajar,  
y disputas vocacionales..... (503) 947-7816

## **La Junta Directiva de Compensación para Trabajadores (WCB) y la División de Apelaciones**

2601 25th St., Suite 150  
Salem, OR 97302-1282  
(503) 378-3308 (para TTY\* ext. 307)

## **Ombudsman para Trabajadores Lesionados**

(503) 378-3351 o (503) 947-7189 (TTY)\*  
o llame gratis a la línea de ayuda para  
trabajadores lesionados, 1 (800) 927-1271

## **Otros recursos**

Este folleto explica los beneficios de compensación para trabajadores. Si su reclamación ha sido negada o usted ha agotado sus beneficios de compensación para trabajadores, es posible que sea elegible para otros tipos de asistencia.

- Contacte al Departamento de Empleo de Oregon para saber si usted es elegible para beneficios de desempleo.
- Contacte a la Administración de Seguro Social para saber si usted es elegible para beneficios de incapacidad.
- Contacte a la División de Rehabilitación Vocacional de Oregon para saber si usted es elegible para servicios de rehabilitación.

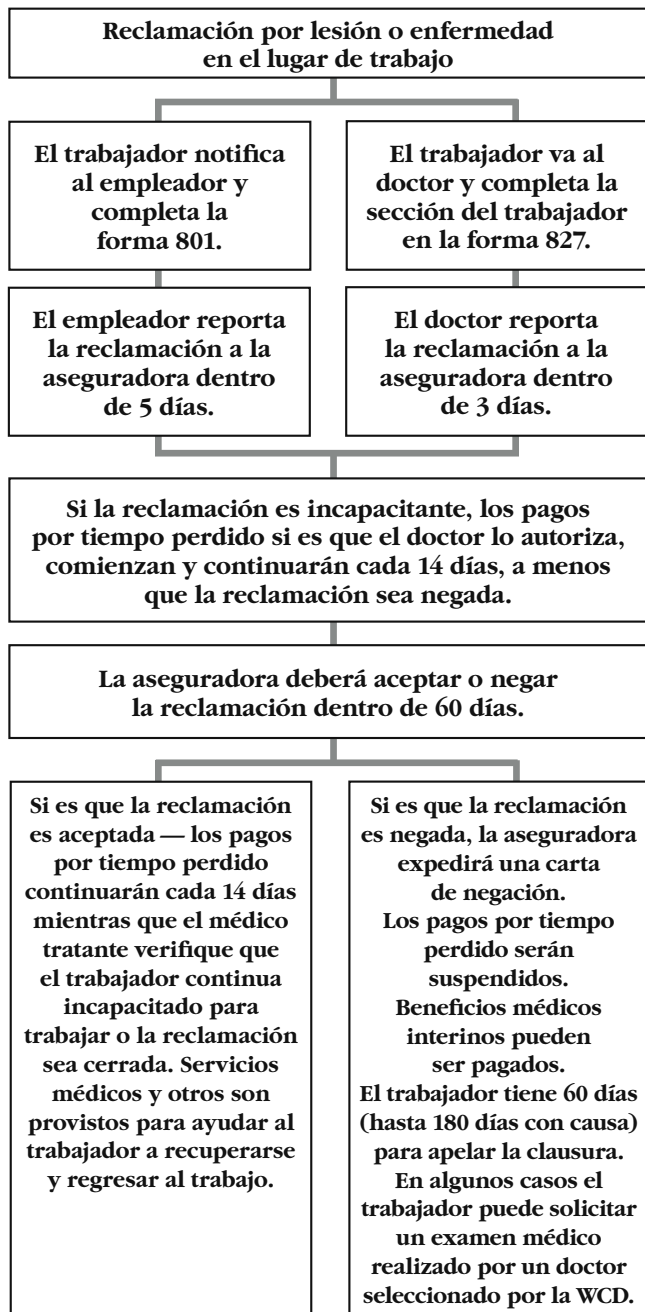
Si usted tiene cualquier otra pregunta con referencia a sus beneficios, contacte a la oficina de Ombudsman para Trabajadores Lesionados, al 1 (800) 927-1271, o a la División de Compensación para Trabajadores, al 1 (800) 452-0288.

Si usted tiene alguna pregunta acerca de los derechos de empleo de un trabajador lesionado, póngase en contacto con la División de Derechos Civiles del Departamento de Trabajo e Industrias (asuntos de discriminación de compensación de trabajadores): (503) 731-4874 en Portland, (541) 686-7923 en Eugene, o (503) 378-3292 en Salem.

TTY: Significa teléfono que expone texto.

# Proceso de reclamación de compensación para trabajadores

Desde el momento de la lesión hasta la aceptación o negación:



## Desde el momento de la aceptación hasta la clausura y más:

El trabajador y la aseguradora pueden hacer un acuerdo de disposición de una reclamación (en cualquier momento después de la aceptación de la reclamación), sujeto a la aprobación de la Junta Directiva de Compensación para Trabajadores.

La reclamación será clausurada cuando el trabajador se encuentre médicamente estacionario.

La reclamación es clausurada y una decisión es tomada acerca de la suma que el trabajador recibirá por incapacidad incluyendo incapacidad parcial permanente (PPD), si es que la hay. Una Notificación de Clausura es emitida por su aseguradora.

Asistencia vocacional es provista si es que el trabajador es elegible (en cualquier momento después de que la reclamación es aceptada).

Si es que el trabajador no puede regresar al trabajo regular y tiene incapacidad permanente, la WCD le proveerá una tarjeta de Trabajador Preferido, la cual permite al trabajador que ofrezca incentivos a los empleadores de Oregon para que lo empleen.

La aseguradora deberá empezar el pago de PPD (dentro de 30 días), si lo hay. Sin embargo si es que la reclamación de la clausura es apelada, el pago puede ser suspendido (no pagado) hasta que la litigación sea completada.

Las aseguradoras dentro de siete días o el trabajador dentro de 60 días a partir de la clausura de la reclamación, pueden solicitar una reconsideración por la Sección de Apelación de WCD.

Después de que la reclamación es clausurada, el trabajador continúa elegible para ciertos servicios médicos y vocacionales. Si su condición médica empeora, la reclamación puede ser reabierto para beneficios adicionales de incapacidad y otros beneficios.



Oregon Department of  
Consumer & Business Services  
**Workers' Compensation Division**

350 Winter St. NE,  
P.O. Box 14480  
Salem, OR 97309-0405  
(800) 452-0288