SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR EXAMINADOR

Para su evaluación pulmonar de pulmón negro

El Departamento de Trabajo de los EE. UU. está obligado a proporcionarle una evaluación pulmonar completa en relación con su reclamo de beneficios de pulmón negro. Con el fin de garantizar que usted reciba una evaluación pulmonar de alta calidad, el Departamento de Trabajo ha hecho arreglos con proveedores calificados para realizar las pruebas médicas necesarias. Usted **debe** seleccionar a un proveedor de la lista adjunta para esta evaluación, ya sea en el estado donde usted vive o en un estado vecino. **DENTRO DE LOS PRÓXIMOS 15 DÍAS, SELECCIONE A UN PROVEEDOR DE LA LISTA Y DEVUELVA EL FORMULARIO ADJUNTO INFORMANDONOS SOBRE SU ELECCIÓN.** Su firma en el formulario verifica que ha seguido los requisitos y restricciones indicadas a continuación**.** Usted recibirá otra carta autorizando específicamente las pruebas necesarias, con la información del proveedor que usted seleccionó. **NO SE COMUNIQUE CON EL PROVEEDOR HASTA QUE RECIBA UNA CARTA DE AUTORIZACIÓN.** Una vez usted reciba la carta de autorización comuníquese con el proveedor para programar su examen.

El Departamento de Trabajo pagará el costo del examen, incluyendo el millaje del viaje de ida y vuelta. La evaluación consta de una radiografía de tórax, un estudio de función pulmonar, un estudio de gases arteriales y un examen físico.

Requisitos y restricciones aplicables:

* Usted no puede seleccionar a un proveedor que lo haya examinado o tratado durante el año anterior a la fecha de presentación de su reclamo de beneficios.
* Usted no puede seleccionar como proveedor a un pariente cercano suyo o de su cónyuge. Excluidos entre otros están: padres, hijos, nietos, hermanos, hermanas, sobrinos, sobrinas, tías, tíos y primos hermanos.
* Si su viaje de ida y vuelta al examen ocurren el mismo día, pagaremos el millaje verificado del viaje de ida y vuelta.
* Si su viaje implica alojamiento de una noche, se requiere aprobación especial por parte de la oficina de distrito. LE INFORMAMOS QUE **NO** PAGAREMOS ALOJAMIENTO, **A MENOS** QUE NO HAYA UN PROVEEDOR EN LA LISTA QUE ESTE LO SUFICIENTEMENTE CERCA A USTED PARA REALIZAR SU EXAMEN EN UN SOLO DIA.
* Si usted viaja más de 100 millas desde su casa a su examen para el Departamento de Trabajo, el operador de minas nombrado responsable en su reclamo, tiene derecho a enviarlo para un examen similar hasta la misma distancia que recorrió para el examen del Departamento de Trabajo.

Una vez que haya hecho su selección conforme a la lista incluida, complete el formulario adjunto indicando su elección. Por favor envíe el formulario completo a:

Office of Workers' Compensation

Division of Coal Mine Workers’ Compensation

Central Mail Room

PO Box 8307

London, KY 40742-8307SELECCIÓN DE UN PROVEEDOR EXAMINADOR

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre del reclamante |  |  | Número de reclamo | **Número de identificación de:** |

Elegí al siguiente médico o centro médico para que me hagan una evaluación pulmonar completa en conexión con mi reclamo Federal de beneficios de pulmón negro.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proveedor: |  |
| Dirección del proveedor: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

A veces necesitamos pedirle al minero que elija a otro proveedor, porque el médico que eligió originalmente no se encuentra disponible para realizar el examen por una u otra razón. Parte de esto puede ser por un cambio en las circunstancias del médico, como por ejemplo una enfermedad, fallecimiento o jubilación. También puede ser resultado de la incapacidad del médico de cumplir con los requisitos necesarios para ser incluido en la lista aprobada de proveedores. Para reducir posibles retrasos su proceso de su reclamo elija un médico o un centro médico alternativo por si el proveedor seleccionado originalmente no puede realizar su evaluación. Esta elección alternativa es voluntaria, pero puede ayudar a acelerar su proceso de reclamo.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del proveedor: |  |
| Dirección del proveedor: |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

¿Están estos proveedores en la lista de proveedores calificados proporcionada?

SÍ \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Certifico que los proveedores que he seleccionado anteriormente no me han tratado ni examinado en los 12 meses anteriores a la fecha en que solicité mi reclamo Federal de beneficios de pulmón negro. Además, certifico que ni yo ni mi cónyuge estamos relacionados con ninguno de estos proveedores.

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

Firma del reclamante Fecha