



NOTICE: ARKANSAS WORKERS COMPENSATION

This business operates under Arkansas Workers Compensation Law.

WORKERS MUST REPORT ALL ACCIDENTS IMMEDIATELY TO THE EMPLOYER BY ADVISING THE EMPLOYER PERSONALLY, OR AN AGENT, REPRESENTATIVE, BOSS, SUPERVISOR OR FOREMAN OF THE EMPLOYER.

Workers Compensation insurance benefits are provided through:

BerkleyNet

To report a claim, contact us at:


Website: berkleynet.com

Email: claimops@berkleynet.com

Address: 9301 Innovation Drive, Suite 200, Manassas, VA 20110

Phone: 877.497.2637

Fax: 866.275.6320

Form AR-P	ARKANSAS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION	
Ark. Code Ann. §11-9-403, 407 AWCC Rule 7 Updated: 06-16-14	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Mail: P. O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 Little Rock Office - 1-800-622-4472 / 501-682-3930 Springdale Office - 1-800-852-5376 / 479-751-2790	

WORKERS' COMPENSATION INSTRUCTIONS TO EMPLOYERS AND EMPLOYEES

All employees of this establishment entitled to benefits under the provisions of the Arkansas workers' compensation laws are hereby notified that their employer has secured the payment of such compensation as may at any time be due employees or their dependents. This employer is required by state law to provide workers' compensation coverage or this employer has waived the exclusion or exemption from the operation of the workers' compensation laws, and the employer certifies by the display of this poster that workers' compensation coverage is now provided by a workers' compensation insurance policy or by enrollment in the Arkansas Self-Insurance Program or by the Public Employee Claims Division of the Arkansas Insurance Department.

(Place label indicating Insurer's Name,
Claims Office Address, Claims Office Phone Number
and Policy Expiration Date)

IN CASE OF JOB-RELATED INJURIES OR OCCUPATIONAL DISEASES

The Employer Shall:

1. Provide all necessary medical, surgical and hospital treatment, as required by law, following the injury and for such additional time as ordered by the Workers' Compensation Commission.
2. Provide compensation payments in accordance with the provisions of the law. The first installment of compensation becomes due on the 15th day after the employer has notice of the injury or death, except in those cases where liability has been denied by the employer.
3. Provide prompt reporting of accidents to appropriate parties.
4. Keep a record of all injuries received by its employees.

The Employee Shall:

The employee shall report the injury to the employer on Form N and to a person or at a place specified by the employer, unless the injury either renders the employee physically or mentally unable to do so, or the injury is made known to the employer immediately after it occurs. The employer shall not be responsible for disability, medical, or other benefits prior to receipt of the employee's notice of injury. All reporting procedures specified by the employer must be reasonable and shall afford each employee reasonable notice of the reporting requirements. The foregoing shall not apply when an employee requires emergency medical treatment outside the employer's normal business hours; however, in that event, the employee shall cause a report of the injury to be made to the employer on the employer's next regular business day.

Failure to give such notice shall not bar any claim (1) if the employer had knowledge of the injury or death, (2) if the employee had no knowledge that the condition or disease arose out of and in the course of employment, or (3) if the Commission excuses such failure on the grounds that for some satisfactory reason such notice could not be given. Objection to failure to give notice must be made at or before the first hearing on the claim.

Statutory Information:

Ark. Code Ann. § 11-9-514(b) states: "Treatment or services furnished or prescribed by any physician other than the ones selected according to the foregoing, except emergency treatment, shall be at the claimant's expense."

Ark. Code Ann. § 11-9-514(f), however, indicates: When compensability is controverted, subsection (b) shall not apply if:

- (1) The employee requests medical assistance in writing prior to seeking the same as a result of an alleged compensable injury; and
- (2) The employer refuses to refer the employee to a medical provider within forty-eight (48) hours after such written request as provided above; and
- (3) The alleged injury is later found to be a compensable injury; and
- (4) The employer has not made a previous offer of medical treatment.

If you have any questions regarding your rights under the Arkansas workers' compensation laws, you may call an Arkansas Workers' Compensation Commission legal advisor at our toll-free number listed above.

All employers who come within the operation of the Arkansas workers' compensation laws and have complied with its provisions must post this notice in a **CONSPICUOUS** place in or about their place or places of business.

AWCC Form P
(Posting Notice)

A posting notice is mentioned in **Ark. Code Ann. §11-9-403**, **Ark. Code Ann. §11-9-407** and **AWCC Rule 7**. **AWCC Form P** satisfies all requirements.

Form P:

1. Is to be on display in a conspicuous place;
2. Tells employers what to do when an employee is injured;
3. Instructs employees to notify the employer immediately (or no later than the close of the next business day) when injured;
4. Lists the claims office that will be handling the insurance aspects of the case;
5. Gives the claims office telephone number;
6. Announces the expiration date of the insurance policy; and
7. Provides telephone numbers for Arkansas Workers' Compensation Commission legal advisors if either party needs assistance.

Employers without **Form P** may lose the use of **Form N** as a defense in litigation. Employees disobeying instructions on **Form P** may delay their benefits or jeopardize the awarding of any benefits in a contested case.

The AWCC furnishes samples, not supplies, of **Form P**. Carriers are to send their insureds an adequate number, and self-insureds must arrange with a printer for the supply they need. Carriers and employers may enlarge **Form P** for posting purposes.

Information about Form P is available from the Support Services Division (1-800-622-4472 or 501-682-3930).

Ark. Code Ann. §11-9-106(a): “Any person or entity who willfully and knowingly makes any material false statement or representation, who willfully and knowingly omits or conceals any material information, or who willfully and knowingly employs any device, scheme, or artifice for the purpose of: obtaining any benefit or payment; defeating or wrongfully increasing or wrongfully decreasing any claim for benefit or payment; or obtaining or avoiding workers’ compensation coverage or avoiding payment of the proper insurance premium, or who aids and abets for any of said purposes, under this chapter shall be guilty of a Class D felony. Fifty percent (50%) of any criminal fine imposed and collected under this section shall be paid and allocated in accordance with applicable law to the Death and Permanent Total Disability Trust Fund administered by the Workers’ Compensation Commission.”

<p>Formulario AR-P</p>	<p>COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS</p>	<p>P</p>
<p>Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-403, 407 AWCC, Norma 7 Actualizado: 06-16-2014 En Español: 10-15-2004</p>	<p>324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 Oficina de Little Rock: 1-800-622-4472 / 501-682-3930 Oficina de Springdale: 1-800-852-5376 / 479-751-2790</p>	

INSTRUCCIONES SOBRE LA COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES PARA EMPLEADORES Y EMPLEADOS

Todos los empleados de este centro que tengan derecho a beneficiarios en virtud de lo dispuesto en la legislación de compensación de los trabajadores son informados en virtud del presente documento de que su empleador ha organizado el pago de las compensaciones que puedan tener que abonarse a los empleados o sus dependientes. Este empleador debe, en virtud de la legislación estatal, ofrecer a sus empleados cobertura por compensaciones o ha renunciado a la exención o exclusión de la ejecución de la legislación en materia de compensaciones a los trabajadores y certifica mediante la muestra de este cartel que en la actualidad ofrece cobertura a sus trabajadores dentro de una póliza de seguro de compensación de los trabajadores o por su participación en el Programa de Auto-seguros de Arkansas o la División Pública de Reclamaciones de los Empleados del Departamento de Seguros de Arkansas.

(Pegar la etiqueta con el nombre de la aseguradora, la dirección de la oficina de reclamaciones, el número de teléfono de la oficina de reclamaciones y la fecha en que expira la póliza).

EN CASO DE PRODUCIRSE UNA LESIÓN VINCULADA AL TRABAJO O UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL

El empleador deberá:

1. Ofrecer todo el tratamiento médico, quirúrgico y hospitalario que sea preciso en virtud de la legislación, tras la lesión y durante el tiempo adicional que establezca la Comisión de Compensación de los trabajadores.
2. Ofrecer pagos de compensación de acuerdo con lo dispuesto en la legislación. El primer plazo vencerá al cabo de 15 días desde que el empleador sea informado de la lesión o fallecimiento, excepto en los casos en el empleador haya denegado su responsabilidad.
3. Informar inmediatamente de los accidentes a los interesados.
4. Mantener un registro de todas las lesiones de las que sea informado por sus empleados.

El empleado deberá:

El empleado deberá informar de la lesión al empleador en el formulario N y a una persona o en un lugar indicado por este último, a menos que se trate de una lesión que impida mental o físicamente al empleado hacerlo o si la lesión se comunica al empleador inmediatamente después de producirse. El empleador no será responsable de las beneficiarios de discapacidad, médicas o de otro tipo anteriores a la recepción del informe del accidente. Todos los procedimientos de notificación que especifique el empleador deberán ser razonables y éste deberá notificar razonablemente a todos los empleados los requisitos de notificación. Lo anterior no será de aplicación si el empleado precisa tratamiento médico de urgencia fuera del horario de trabajo habitual del empleador; sin embargo, en ese caso, el empleado deberá hacer que se notifique el accidente al empleador el siguiente día laborable habitual.

La falta de notificación no anulará las reclamaciones si: (1) El empleador tiene conocimiento del fallecimiento o lesión; o (2) El empleado no tenía conocimiento de que la afección o enfermedad se produjo en el transcurso de su empleo; o (3) La Comisión exime esta omisión basándose en que la notificación no pudo realizarse por un motivo justificado.

Las objeciones relativas a la falta de notificación deberán plantearse antes o en el momento de celebrarse la primera vista de la reclamación.

Información legal:

El artículo 11-9-514(b) del Ark. Code Ann. establece que: "El tratamiento o los servicios prestados por un médico distinto de los seleccionados de acuerdo con lo anterior, con excepción de los tratamientos urgentes, correrán a cargo del demandante."

El artículo 11-9-514(f) del Ark. Code Ann., sin embargo, establece que: Cuando la compensación sea causa de controversia, el subapartado (b) no será de aplicación si:

- (1) El empleado solicita asistencia médica por escrito antes de buscarla como consecuencia de una posible lesión compensable; y
- (2) El empleador se niega a remitir al empleado a un proveedor médico en el plazo de cuarenta y ocho (48) horas desde dicha solicitud escrita; y
- (3) Posteriormente se descubre que la supuesta lesión es compensable; y
- (4) El empleador no ha hecho ninguna oferta anterior de tratamiento médico.

Si tiene alguna pregunta relativa a sus derechos en virtud de la legislación en materia de compensaciones de los trabajadores de Arkansas, puede llamar al asesor legal de la Comisión de Compensación de los Trabajadores de Arkansas al número gratuito que se indica más arriba.

Todos los empleadores que se vean afectados por la ejecución de la legislación en materia de compensaciones de los trabajadores de Arkansas y que hayan cumplido estas disposiciones deberán colocar esta notificación en un lugar **PREMINENTE** en su centro de trabajo o las cercanías.

Formulario P de la AWCC
(Notificación)

En los apartados 11-9-403 y 11-9-407 del Ark. Code Ann. y la Regla 7 de la AWCC se menciona una notificación. El formulario P de la AWCC cumple todos esos requisitos.

Formulario P:


1. Debe mostrarse en un lugar preeminente;
2. Dice a los empleados qué deben hacer cuando un trabajador se lesiona;
3. Instruye a los empleados para que notifiquen las lesiones inmediatamente al empleador (o no más tarde del final del siguiente día laborable);
4. Enumera la oficina de reclamaciones en la que se tratarán los aspectos vinculados a seguros del caso;
5. Anuncia la fecha en que expira la póliza de seguros;
6. Ofrece números de teléfono del asesor legal de la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores de Arkansas por si alguien necesita ayuda.

Los empleadores que no cuenten con un **formulario P** podrán perder el derecho a utilizar el **formulario N** como defensa en un litigio. Los empleados que desobedezcan las instrucciones del **formulario P** podrán sufrir retrasos en el beneficio de cualquier prestación en los casos que se impugnen o corren el riesgo de perderlos.

La AWCC ofrece copias de muestra pero no suministra el **formulario P**. Las aseguradoras deben enviar a sus asegurados un número adecuado de copias y los auto-asegurados deben contratar el suministro con una imprenta. Las aseguradoras y los empleadores pueden ampliar el **formulario P** para publicarlo.

Puede obtenerse información sobre el formulario P de la División de Servicios de Soporte (1-800-622-4472 o 501-682-3930).

Ark. Code Ann., apartado 11-9-106(a): “Cualquier persona o entidad que realice consciente y voluntariamente una declaración o afirmación sustancial falsa o que omita u oculte consciente y voluntariamente un dato sustancial, o que utilice consciente y voluntariamente un dispositivo, sistema o artificio para: obtener una prestación o pago, engañar o aumentar o reducir ilegítimamente cualquier reclamación de beneficiarios o pagos, u obtener o evitar la cobertura de compensación para los empleados o evitar el pago de la prima de seguro correspondiente, o que ayude e induzca a cualquiera de estos fines, será, en virtud del presente capítulo, culpable de un delito de Clase D. El cincuenta por ciento (50%) de cualquier multa penal impuesta y cobrada en virtud de... este artículo se pagará y adjudicará de acuerdo con la legislación aplicable al Fondo de Discapacidad Total Permanente y Fallecimiento administrado por la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores.”

Form AR-N	ARKANSAS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION 324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Mail: P. O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	
Ark. Code Ann. §§11-9-701, 508, 514 AWCC Rule 099.33 Revised: 1-1-2001 Updated: 8-1-2006		

EMPLOYEE'S NOTICE OF INJURY

EMPLOYEE INFORMATION (Please Print in Ink)

Employee's Last Name	First Name	M I	Social Security Number	Home Phone No.
Street Address or P.O. Box	City	State	Zip Code	
Child Support Obligation: <input type="checkbox"/> Current <input type="checkbox"/> Past Due Payable to:				

EMPLOYER INFORMATION (Please Print)

Employer's Name	Supervisor's Name
Employer's Street Address or P.O. Box	Employer's City
State	Zip Code

ACCIDENT INFORMATION (Please Print)

Place of Accident	Date of Accident	Time of Accident	Date /Time Employer Notified of Accident
What part of your body was injured? _____ _____ _____			
Briefly discuss the cause of injury: _____ _____ _____			


Name/address of witness(es): _____ _____ _____ _____

I hereby authorize any hospital, physician, psychotherapist or practitioner of the healing arts to furnish the bearer any information, written or oral, including, but not limited to, copies of medical records concerning my past, present or future physical, mental or emotional condition. I hereby waive my physician- and psychotherapist-patient privilege. A photostatic copy of this authorization shall be as effective and valid as the original. My signature below also indicates that I have been provided with my rights regarding change-of-physician. (See additional information on back side of form)

Date _____ Signature _____

Assistance with AWCC Form N is available from the AWCC Legal Advisor Division (1-800-250-2511 or 501-682-3930). Information is supplied by the Support Services Division (1-800-622-4472 or 501-682-3930).

Ark. Code Ann §11-9-106(a): "Any person or entity who willfully and knowingly makes any material false statement or representation, who willfully and knowingly omits or conceals any material information, or who willfully and knowingly employs any device, scheme, or artifice for the purpose of: obtaining any benefit or payment; defeating or wrongfully increasing or wrongfully decreasing any claim for benefit or payment; or obtaining or avoiding workers' compensation coverage or avoiding payment of the proper insurance premium, or who aids and abets for any of said purposes, under this chapter shall be guilty of a Class D felony. Fifty percent (50%) of any criminal fine imposed and collected under this section shall be paid and allocated in accordance with applicable law to the Death and Permanent Total Disability Trust Fund administered by the Workers' Compensation Commission."

Form AR-N	ARKANSAS WORKERS' COMPENSATION COMMISSION 324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Mail: P. O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	
Ark. Code Ann. §§ 11-9-701, 508, 514 AWCC Rule 33 Revised: 1-1-2001 Updated: 8-1-2006		

EMPLOYER'S NOTICE TO EMPLOYEE

NOTICE TO EMPLOYEE - Fill out this form to give to your employer immediately. Employer: Be sure the employee receives a copy of this form [Ark. Code Ann. § 11-9--514 (c)]

Ark. Code Ann. § 11-9-701. Notice of injury or death.

- (a)(1) Unless an injury either renders the employee physically or mentally unable to do so, or is made known to the employer immediately after it occurs, the employee shall report the injury to the employer on a form prescribed or approved by the Workers' Compensation Commission and to a person or at a place specified by the employer, and the employer shall not be responsible for disability, medical, or other benefits prior to receipt of the employee's report of injury.
- (2) All reporting procedures specified by the employer must be reasonable and shall afford each employee reasonable notice of the reporting requirements.
- (3) The foregoing shall not apply when an employee requires emergency medical treatment outside the employer's normal business hours; however, in that event, the employee shall cause a report of the injury to be made to the employer on the employer's next regular business day.
- (b)(1) Failure to give the notice shall not bar any claim:
 - (A) If the employer had knowledge of the injury or death;
 - (B) If the employee had no knowledge that the condition or disease arose out of and in the course of the employment; or
 - (C) If the commission excuses the failure on the grounds that for some satisfactory reason the notice could not be given.
- (2) Objection to failure to give notice must be made at or before the first hearing on the claim.

CHOICE/CHANGE OF PHYSICIAN

Rights and responsibilities. Treatment or services furnished or prescribed by any physician other than the ones selected according to the provisions below, except emergency treatment, shall be at the claimant's/employee's expense.

Ark. Code Ann. § 11-9-508. Medical services and supplies.

"(e) . . . [T]he injured employee shall have direct access to any optometric or ophthalmologic medical service provider who agrees to provide services under the rules, terms, and conditions regarding services performed by the managed care entity initially chosen by the employer for the treatment and management of eye injuries or conditions."

1. Your employer shall have the right to select the initial primary care physician from among those associated with certified MCOs.
2. You may request a change-of-physician. You should initially request a change from the insurance carrier or employer. Within five business days of your initial request for a change-of-physician, the insurance carrier or employer should notify you of its decision to grant or deny the change-of-physician.
3. If your request for change of physician is denied you may send a petition to the Clerk of the Arkansas Workers' Compensation Commission for a one (1) time only change-of-physician.
4. **If your employer has contracted with a certified MCO**, you shall be allowed to change physicians by petitioning the commission one (1) time only for a change-of-physician to a physician who must also either be associated with the certified MCO chosen by your employer or who is your regular treating physician. (Your "regular treating physician" is one who maintains your medical records and with whom you have a history of regular treatment before the onset of your compensable injury.) The health care provider to whom you change must agree to refer you to the certified MCO chosen by your employer for any specialized treatment, including physical therapy, and must agree to comply with all the rules, terms, and conditions regarding services performed by the MCO initially chosen by your employer.
5. **If your employer does not have a contract with a certified MCO**, you shall be allowed to change physicians by petitioning the commission one (1) time only for a change-of-physician to a physician who must either be associated with any certified MCO or who is your regular treating physician. (See definition above.) The health care provider to whom you change must agree to refer you to a physician associated with any certified MCO for any specialized treatment, including physical therapy, and must agree to comply with all the rules, terms, and conditions regarding services performed by any certified MCO.

Back side / Two-sided form

Formulario AR-N	COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS	N
	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	
Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-702, 508, 514 AWCC Norma 33 Revisado: 1-1-2001 En Español: 10-15-2004 Actualizada: 8-1-2006		

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DEL EMPLEADO

DATOS DEL EMPLEADO (utilizar tinta y mayúsculas)

Apellido	Nombre	Inicial del 2 nd nombre	# de la Seguridad Soc.	Fecha de nacimiento	(Prefijo), número de teléfono particular
Dirección o apartado de correos		Ciudad	Estado	Código postal	
¿Tiene obligación de pagar manutención de sus hijos? <input type="checkbox"/> Estoy al corriente <input type="checkbox"/> Estoy atrasado/a <input type="checkbox"/> Pagaderos a:					

DATOS DEL EMPLEADOR (utilizar mayúsculas)

Nombre del empleador (denominación con la que opera)			(Prefijo), número de teléfono del empleador
Dirección del empleador	Ciudad del empleador	Estado	Código postal

INFORMACIÓN SOBRE EL ACCIDENTE (utilizar mayúsculas)

Lugar del accidente	Fecha del accidente	Hora del accidente	Día /Hora Empleador informado del accidente
¿Qué parte del cuerpo se ha lesionado? _____			
Describa brevemente las causas del accidente: _____			

TESTIGOS

Nombre y dirección de los testigos, si procede: _____

Por la presente autorizo a cualquier hospital, médico, psicoterapeuta o profesional sanitario a suministrar al portador cualquier dato, oral o escrito, incluidos, entre otros, copias de los registros médicos relativos a mi estado físico, mental o emocional pasado, presente o futuro. Por la presente renuncio a mi privilegio médico (y psicoterapeuta o profesional sanitario)-paciente. Una copia fotostática de la presente autorización será tan válida como y efectiva como el original. Mi firma a continuación también indica que se me ha ofrecido el ejercicio de mis derechos relativos al cambio de médico. (Véase la información adicional al dorso.)
 Fecha: _____ Firma: _____

Puede obtenerse ayuda con respecto al formulario N de la AWCC de la División del Asesor Legal (1-800-520-2511 o 501-682-3930). Puede obtenerse información de la División de Servicios de Soporte (1-800-622-4472 o 501-682-3930).

Ark. Code Ann., apartado 11-9-106(a): "Cualquier persona o entidad que realice consciente y voluntariamente una declaración o afirmación sustancial falsa o que omita u oculte consciente y voluntariamente un dato sustancial, o que utilice consciente y voluntariamente un dispositivo, sistema o artificio para: obtener una prestación o pago, engañar o aumentar o reducir ilegítimamente cualquier reclamación de prestaciones o pagos, u obtener o evitar la cobertura de compensación para los empleados o evitar el pago de la prima de seguro correspondiente, o que ayude e induzca a cualquiera de estos fines, será, en virtud del presente capítulo, culpable de un delito de Clase D. El cincuenta por ciento (50%) de cualquier multa penal impuesta y cobrada en virtud de... este artículo se pagará y adjudicará de acuerdo con la legislación aplicable al Fondo de Discapacidad Total Permanente y Fallecimiento administrado por la Comisión de Compensaciones de los Trabajadores."

Formulario AR-N	COMISIÓN DE COMPENSACIÓN DE LOS TRABAJADORES DE ARKANSAS	
Autoridad: Ark. Code Ann., apartado 11-9-702 Revisado: 1-1-2001 En Español: 10-15-2004	324 Spring Street, Little Rock, AR 72201 Correo: P.O. Box 950, Little Rock, AR 72203-0950 501-682-3930 / 1-800-622-4472	

NOTIFICACIÓN DE ACCIDENTE DEL EMPLEADO

NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO - Cumplimente este formulario para entregarlo a su empleador inmediatamente.

Ark. Code Ann., apartado 11-9-701. Notificación de fallecimiento o lesión.
(a) (1) A menos que se trate de una lesión que impida mental o físicamente al empleado hacerlo, o si se comunica al empleador inmediatamente después de producirse, el empleado deberá informar del accidente a su empleador en una forma establecida o aprobada por la Comisión de Compensación de los trabajadores y a una persona y en un lugar especificado por el empleador, y el empleador no será responsable de las beneficias de discapacidad, médicas o de otro tipo anteriores a la recepción del informe del accidente.
(2) Todos los procedimientos de notificación que especifique el empleador deberán ser razonables y éste deberá notificar razonablemente a todos los empleados los requisitos de notificación.
(3) Lo anterior no será de aplicación si el empleado precisa tratamiento médico de urgencia fuera del horario de trabajo habitual del empleador; sin embargo, en ese caso, el empleado deberá hacer que se notifique el accidente al empleador el siguiente día laborable habitual.
(b) (1) La falta de notificación no anulará las reclamaciones si:
(A) El empleador tiene conocimiento del fallecimiento o lesión; o
(B) El empleado no tenía conocimiento de que la afección o enfermedad se produjo en el transcurso de su empleo; o
(C) La Comisión exime esta omisión basándose en que la notificación no pudo realizarse por un motivo justificado.
(2) Las objeciones relativas a la falta de notificación deberán plantearse antes o en el momento de celebrarse la primera vista de la reclamación.

ELECCIÓN/CAMBIO DE MÉDICO

Derechos y responsabilidades. El tratamiento o los servicios suministrados o prescritos por un médico distinto del seleccionado de acuerdo con las siguientes disposiciones, excepto el tratamiento de urgencia, correrán a cargo del solicitante/empleado.
Ark. Code Ann., apartado 11-9-508. Servicios y suministros médicos.
“(e) ...[E]l empleado lesionado podrá tener acceso directo a cualquier proveedor de servicios oftalmológicos u optométricos que acepte suministrar servicios de acuerdo con las normas y condiciones relativas a los servicios prestados por la entidad de atención gestionada inicialmente elegida por el empleador para el tratamiento y control de lesiones o afecciones de los ojos.”
<ol style="list-style-type: none"> 1. Su empleador podrá seleccionar al médico de atención primaria inicial de entre los asociados con MCOs certificadas. 2. Podrá solicitar un cambio de médico. Inicialmente debería solicitar un cambio a la aseguradora o el empleador. En el plazo de cinco días laborables desde su solicitud inicial de cambio de médico, la aseguradora o el empleador deberían notificarle su decisión de concederle o denegarle el cambio de médico. 3. Si su solicitud de cambio de médico es denegada podrá enviar una petición al Secretario de la Comisión de Compensación de los trabajadores para un (1) único cambio de médico. 4. Si su empleador tiene un contrato con una MCO certificada, podrá cambiar de médico solicitando a la Comisión un (1) único cambio de médico por un facultativo que también deberá estar asociado a la MCO certificada elegida por su empleador o que sea el médico que le atiende regularmente (Por “médico que le atiende regularmente” se entiende el facultativo que mantiene sus registros médicos y con el que cuente con un historial de tratamiento habitual anterior a la lesión para la que se puede solicitar la compensación”). El proveedor de atención sanitaria por el que cambie deberá aceptar remitirlo a la MCO certificada elegida por el empleador para cualquier tratamiento especializado, incluida la terapia física, y deberá aceptar cumplir todas las normas y condiciones relativas a los servicios prestados por la MCO certificada inicialmente elegida por su empleador. 5. Si su empleador no tiene un contrato con una MCO certificada, podrá cambiar de médico solicitando a la Comisión un (1) único cambio de médico por un facultativo que también deberá estar asociado a una MCO certificada o que sea el médico que le atiende regularmente (véase la definición anterior). El proveedor de atención sanitaria por el que cambie deberá aceptar remitirlo a una MCO certificada para cualquier tratamiento especializado, incluida la terapia física, y deberá aceptar cumplir todas las normas y condiciones relativas a los servicios prestados por cualquier MCO certificada.