

Fecha:

Para:

Dirección:

Ref.: N.º de reclamación:

Fecha de la lesión:

Empleador:

Aseguradora/administrador externo (TPA):

AVISO DE INTENCIÓN DE CERRAR UNA RECLAMACIÓN

(De acuerdo con el capítulo 616C.235(1) de los Estatutos Revisados de Nevada [NRS])

Después de una revisión atenta y exhaustiva de su reclamación de compensación para trabajadores, la aseguradora determinó que su reclamación debe cerrarse antes de que se le hayan pagado todos los beneficios a los que podría tener derecho. En consecuencia, su reclamación se cerrará con efecto a partir de los setenta (70) días desde la fecha de este aviso.

Su expediente indica que actualmente no está recibiendo tratamiento médico; sin embargo, si tiene citas médicas programadas para el futuro, infórmelo a esta oficina de inmediato.

Si no está de acuerdo con la determinación mencionada, tiene derecho a apelar conforme al capítulo 616C.305 y los capítulos 616C.315 a 616C.385, inclusive, de los NRS. Si desea apelar, complete la parte inferior de este aviso y envíela a la División de Audiencias del Departamento de Administración del Estado de Nevada a la dirección que se indica a continuación. Su apelación debe presentarse dentro de **setenta (70) días** a partir de la fecha en que se envió por correo el aviso de la determinación final de la aseguradora, conforme a lo establecido en el capítulo 616C.315 de los NRS.

Department of Administration
Hearings Division
1050 E. William Street, Ste. 400
Carson City, NV 89701
(775) 687-8440

O

Department of Administration
Hearings Division
2200 S. Rancho Drive, Suite 210
Las Vegas, NV 89102
(702) 486-2525

En el capítulo 616C.390 de los NRS se define su derecho a reactivar su reclamación. Debe hacer una solicitud por escrito para la reactivación, y su médico debe presentar un informe en el que vincule su problema con la lesión laboral original. El informe debe indicar que su afección ha empeorado desde el cierre de la reclamación y que la afección requiere atención médica adicional. La reactivación no será efectiva antes de la fecha de su solicitud de reactivación, a menos que se demuestre una causa justificada. Si su médico demuestra una causa justificada, se autorizará el costo del tratamiento de emergencia.

Motivo de la apelación: _____

Firma _____

Fecha _____

Conserve una copia de este aviso para sus registros.

Documentos adjuntos

D-12a

D-13