

Workers' Comp. e-CLAS™ Banner Page
Environment: PRODUCTION

Policy Number: EWC 060 23 71-01

Effective Date: 01-19-2022

Named Insured: UNIVERSITY OF SOUTH ALABAMA

Agency: WILLIS TOWERS WATSON SOUTHEAST, INC. 01-125

Billing Method: AGENCY BILL

Thank you for placing this coverage with The Cincinnati Insurance Companies!

01-125
WILLIS TOWERS WATSON
SOUTHEAST, INC.
P.O. BOX 2407

CSTROTM

MOBILE AL 36652-2407

STATE OF NEW HAMPSHIRE
WORKERS' COMPENSATION LAW
NOTICE OF COMPLIANCE

TO EMPLOYEES

1. You are required by law (RSA 281-A: 19) to report promptly to your employer an occupational injury or disease, even if you deem it to be minor. Form No. 8WCA, Notice of Accidental Injury or Occupational Disease, may be used for that purpose (RSA 281-A: 20, 21). After you have completed the form and made it available to him or her, your employer must acknowledge receipt by signing and giving you a copy.
2. You are entitled to the services of a physician. This physician shall be within a managed care network, if applicable under RSA 281-A: 23-a.
3. You may not sue your employer as a result of a work connected injury or disease by reason of your eligibility for benefits under the Workers' Compensation Law.

TO EMPLOYERS

1. You are required to display this poster so that it will be of the greatest possible benefit to your employees (RSA 281-A: 4).
2. You are required to file an Employer's First Report of Injury or Occupational Disease, Form No. 8 WCA, with the Labor Commissioner as soon as possible, but no later than five days after learning of the occurrence of any injury (RSA 281-A:53, I). A copy of this form must also be provided to the nearest claims office of your insurance carrier unless the injury requires one-time treatment costing under \$2,000 and you pay the medical bill within 30 days. (RSA 281-A: 53, I and Lab 504.02). If the injury requires any additional treatment or results in lost time, you must notify your insurance carrier of the injury (Lab 504.02).
3. You are required to report to the Labor Commissioner any occupational disability, whether total or partial, of four or more days (RSA 281-A:22), on an Employer's supplemental Report of Injury, form No 13 WCA, as soon as possible but no later than ten days after the date of knowledge thereof (RSA 281-A:53, I and II).
4. You are required to furnish, or cause to be furnished, reasonable medical and hospital services, other remedial care or vocational rehabilitation, and various types of disability compensation to an injured or disabled employee in accordance with RSA 281-A:23, 25, 26, 28, 29, 31, and 32.
5. All employers with 5 or more full time employees shall develop temporary alternative work opportunities for injured employees in accordance with RSA 281-A:23-b. Employer may be obligated to reinstate employees sustaining a compensable injury in accordance with RSA 281-A: 25-a.
6. You are required to obtain from the carrier identified below a supply of all required workers' compensation forms. NOTICE - Violation of the various provisions of the Workers Compensation Law carries civil penalties, court fines or both.

Rudolph W. Ogden, III
Deputy Labor Commissioner

Ken Merrifield
Commissioner of Labor

The undersigned employer hereby gives notice of compliance with all provisions of the workers' Compensation Law and Administrative Regulations of the Labor Commissioner of the State of New Hampshire pursuant to Revised Statutes Annotated, Chapter 281-A, as amended

Name of Insurance Company
Or self-insurer:

THE CINCINNATI INDEMNITY COMPANY

Name of Employer:

UNIVERSITY OF SOUTH ALABAMA

By

63-0477348

Employer Identification No.

(If number unknown, Employer to request from IRS)

This notice must be posted conspicuously in and about the employer's place or places of business.

Prescribed by Labor Commissioner

State of New Hampshire

WCP-1 (07-18)

STATE OF NEW HAMPSHIRE
WORKERS' COMPENSATION LAW
NOTICE OF COMPLIANCE

A LOS EMPLEADOS

1. Usted está requerido por ley (RSA 281-A: 19) a reportar inmediatamente a su empleador una lesión o enfermedad ocupacional, incluso si usted lo considera menor. Forma No. 8a WCA, Aviso de lesión accidental o la enfermedad profesional, se puede utilizar para ese propósito. (RSA 281-A: 20, 21). Después de haber completado el formulario y se lo hizo disponible para él o ella, su empleador debe aceptar el recibo firmando y dándole una copia.
2. Usted tiene el derecho a los servicios de un médico. Este médico estará dentro de la red de cuidados administrados. Si aplica bajo RSA 281-A: 23-a.
3. Usted no puede demandar a su empleador como resultado de una lesión o enfermedad laboral por razón de su elegibilidad para beneficios bajo la ley de compensación al trabajador.

A LOS EMPLEADORES

1. Usted está requerido demostrar este poster porque será uno de los mayores beneficios posibles para sus empleados (RSA 281-A: 4).
2. Usted está requerido un primer informe del empleador sobre la lesión o enfermedad ocupacional, forma No. 8a WCA, con la comisión del trabajo, lo más pronto posible, pero no más tarde de cinco días después de aprender la ocurrencia de cualquier lesión. (RSA 281-A:53, I) Una copia de esta forma tiene que ser proporcionada a las oficina de reclamaciones más cercana de su compañía de seguros a menos que la lesión requiera tratamiento de una sola vez costando menos de \$2,000 y que usted pague los costos médicos dentro de los 30 días. (RSA 281-A: 53, I and Lab 504.02). Si la lesión requiere algún tratamiento adicional o resulta en tiempo perdido, usted tiene que notificar a su compañía de seguros sobre la lesión (Lab 504.02)
3. Usted está requerido reportar a la Comisión del Trabajo cualquier discapacidad ocupacional, ya sea total o parcial, de cuatro o más días (RSA 281-A: 22), en el informe Suplementario del empleador sobre lesiones, forma No. 13 WCA, lo más pronto posible, pero no más tarde de 10 días después de la fecha de conocimiento (RSA 281-A: 53, I and II).
4. Usted está requerido que proporcione, o ser amueblado, los servicios médicos y hospitalarios razonables, otro cuidado de remediación o rehabilitación vocacional, y varios tipos de indemnización por incapacidad a un empleado lesionado o discapacitado de acuerdo a las leyes RSA 281-A: 23, 25, 26, 28, 29,31, and 32.
5. Todos los empleadores con 5 y más empleados de tiempo completo deben desarrollar las oportunidades alternativas temporales del trabajo para el empleado lesionado en acuerdo con RSA 281-A: 23-b. Los empleadores pueden ser obligado a reinstalar a los empleados que sostienen lesiones compensables de acuerdo con RSA 281-A: 25-a.
6. Usted está requerido a obtener del portador identificado abajo una fuente de todos los formularios de compensación de trabajadores requeridos.
Aviso – La violación a varias provisiones de la ley de compensación de los trabajadores lleva sanciones civiles, multas de corte o ambos .

Rudolph W. Ogden, III
Deputy Labor Commissioner

Ken Merrifield
Commissioner of Labor

El empleador abajo firmante da aviso de conformidad con todas las disposiciones de la ley de compensación de los trabajadores y de las regulaciones administrativas de la Comisión del Trabajo del Estado de New Hampshire conforme con los estatutos revisados anotados, capítuló 281-A:, según la enmienda modificación prevista

Nombre de la Compañía de Seguros
mismo asegurador:

THE CINCINNATI INDEMNITY COMPANY

Nombre del Empleador: O un
UNIVERSITY OF SOUTH ALABAMA

No. De la Identificación Del Empleador (Si
no lo sabe **63-0477348**

Este aviso se debe colocado en un lugar visible un su negocio. Prescrito
por la Comisión del Trabajo.
Estado de New Hampshire
WCP -1 (01 -18)



**Report workers' compensation claims, toll-free, day or night:
877-242-2544**

To Our Policyholders:

When a work-related injury occurs, prompt reporting benefits you and your injured employee. Your quick action enables faster recovery, enhancing your employees' quality of life and accelerating their productive return to your business. When you call 877-242-2544, we expedite the claims process for you, taking care to provide you and your insurance agency a written summary of the initial loss information.

Waiting to report an injury can hinder healing, complicate claims handling and cost more:

- As time passes, memories understandably become foggy. When important details are lost, claims representatives have less success completing a comprehensive evaluation, making it more difficult to pull all the pieces together to accurately pay the claim.
- Without benefit of clear details, chances that the claim will be disputed may increase, adding legal costs into the mix.
- As time goes on without treatment, injuries can worsen. The worse an injury gets, the longer your employee is in pain and the more difficult treatment can become. All this culminates in a lengthier and costlier recovery.

Please visit cinfin.com/workcomp for helpful workers' compensation information, including detailed instructions on claim reporting, loss control measures you can take to prevent or minimize injuries and links to state workers' compensation agencies.

Please continue to contact your local agency to review coverages or request changes to your policy.

Thank you for trusting us with your workers' compensation coverage.

Thank you,

Marc J. Schambow, CPCU, AIM, ASLI
Senior Vice President
Chief Claims Officer

Sean M. Givler, CIC, CRM
Senior Vice President
Commercial Lines Administration

The Cincinnati Insurance Companies and myMatrixx, a leading pharmacy benefit manager, make filling your workers' compensation prescriptions easy!

Employer:

Please fill out the information in the First Fill Prescription Card below and provide the employee with this form to take to a pharmacy listed below. If you have not done so already, please report the claim immediately, 877-242-2544

Employee:



If you need a prescription filled for a work-related injury or illness:

- Go to a participating pharmacist listed below.
- Give the pharmacy processing information (BIN#, PCN/Group#) below along with your Social Security number and your prescription.
- The pharmacist will fill your prescription at no cost to you.

Pharmacists:

Please obtain information from the injured employee if not already filled in by employer to process prescriptions for the workers' compensation injury only. Call 877-804-4900 with questions or if you receive a rejection. Please do not send the patient home or have the patient pay for medications before calling myMatrixx for assistance.

Certain medications are pre-approved for this patient. Pre-approved medications will process without a prior authorization. All others require prior approval.

First Fill Prescription Card

Employee Name _____

Employer _____

Rx BIN: 014211 _____

Processor: myMatrixx _____

Group #: 10602145 _____

SSN: Claimant will provide verbally _____



CUSTOMER SERVICE
877-804-4900

Most pharmacies and all major chains are included in our network. If you need assistance locating a participating pharmacy near you, please call myMatrixx toll free, [877-804-4900](tel:877-804-4900).

Albertson's	Fred Meyer	Hy-Vee	Lifechek Drug	Price Chopper	Schnuck's	Tops Pharmacy
BJ's Pharmacy	Fred's	Ingles	Long's Drug	Price Cutter	Shopko	USA Drug
Costco	Fry's Pharmacy	Kaiser Permanente	Medicap	Publix	ShopRite	U-Save
Cub Pharmacy	Genovese	Kerr Drug	Medicine Shoppe	Raley's	Smith's	Vons
CVS Health	Giant Eagle	King Soopers	Meijer	Randall's	Snyders Drugs	Walgreens
Dominick's	Hannaford Foods	Kinney Drugs	Navarro Discount	Reasor's	Stop & Shop	Walmart
Drug Emporium	Happy Harry's	Kmart	Neighbor Care	Rite Aid	Super D	Wegmans
Duane Reade	Harris Teeter	Kroger	Osco	Safeway	Super Rx	Weis Pharmacy
Eagle Pharmacy	H.E.B.	Leader Drug	Pathmark	Sam's Club	Target	Winn Dixie
Eaton Apothecary	Homeland	Lewis Pharmacy	Piggly Wiggly	Sav-on	Tom Thumb	Yokes

Submission of this form does not constitute reporting of a claim nor does it waive any rights of The Cincinnati Insurance Company with regards to any claim. The Cincinnati Insurance Company investigates each claim as reported and on its own merits. Coverage and compensability will be determined by the company in accordance with the insurance policy and any applicable state or federal workers' compensation law. This Pharmacy First Fill Form is in no way intended as an endorsement or guaranty of coverage, entitlement to or eligibility for benefits.

La Compañía de seguros Cincinnati y myMatrixx, administrador líder en beneficios de farmacia, facilitan el despacho de recetas por compensación laboral.

Empleador:

Si todavía no lo ha hecho, tenga a bien informarnos acerca del reclamo por compensación laboral de manera inmediata al 877-242-2544. Luego, tenga a bien completar la información en la tarjeta de primer despacho de receta que se encuentra abajo y proporcione al empleado este formulario para que elija la farmacia de su elección.



Empleado:

Si necesita despachar una receta para una lesión o enfermedad laboral:

- Vea la lista de farmacéuticos participantes que se encuentra abajo
- Proporcione a la farmacia la información a procesar (Nro. Rx BIN, NCF/Grupo Nro.) abajo junto con su número de Seguro Social y su receta.
- Reciba su receta sin costo para usted.

Farmacéuticos:

Tenga a bien obtener información del empleado lesionado si el empleador aún no la ha despachado para procesar las recetas únicamente para las compensaciones a trabajadores lesionados. Algunos medicamentos son pre-aprobados para este paciente. Los medicamentos pre-aprobados se procesarán sin autorización previa. Todos los demás requerirán autorización previa. Llame al 877-804-4900 si tiene consultas o necesita aprobación. No envíe al paciente a su casa ni le pida al paciente que pague por los medicamentos sin antes llamar a myMatrixx para recibir asistencia.

First Fill Prescription Card

Employee Name _____

Employer _____

Rx BIN: 014211 _____

Processor: myMatrixx _____

Group #: 10602145 _____

SSN: Claimant will provide verbally _____



CUSTOMER SERVICE
877-804-4900

Si necesita asistencia para ubicar una farmacia participante cercana a usted, llame al número gratuito de myMatrixx al , 877-804-4900. Ejemplos de cadenas de farmacias participantes (no es la lista completa)

Albertson's	Fred Meyer	Hy-Vee	Lifechek Drug	Price Chopper	Schnuck's	Tops Pharmacy
BJ's Pharmacy	Fred's	Ingles	Long's Drug	Price Cutter	Shopko	USA Drug
Costco	Fry's Pharmacy	Kaiser Permanente	Medicap	Publix	ShopRite	U-Save
Cub Pharmacy	Genovese	Kerr Drug	Medicine Shoppe	Raley's	Smith's	Vons
CVS Health	Giant Eagle	King Soopers	Meijer	Randall's	Snyders Drugs	Walgreens
Dominick's	Hannaford Foods	Kinney Drugs	Navarro Discount	Reasor's	Stop & Shop	Walmart
Drug Emporium	Happy Harry's	Kmart	Neighbor Care	Rite Aid	Super D	Wegmans
Duane Reade	Harris Teeter	Kroger	Oscor	Safeway	Super Rx	Weis Pharmacy
Eagle Pharmacy	H.E.B.	Leader Drug	Pathmark	Sam's Club	Target	Winn Dixie
Eaton Apothecary	Homeland	Lewis Pharmacy	Piggly Wiggly	Sav-on	Tom Thumb	Yokes

La presentación del presente formulario no constituye la denuncia de un reclamo ni implica la renuncia a los derechos de la compañía de seguros Cincinnati en relación a ningún reclamo. La compañía de seguros Cincinnati investiga cada reclamo conforme se denuncia y según sus propias características. La cobertura y la compensación serán determinadas por la compañía de acuerdo con la póliza de seguros y con cualquier ley estatal o federal de compensación laboral. El presente formulario de primer despacho de receta en farmacia en ningún modo intenta ser un respaldo o una garantía de cobertura, ni genera derecho o elegibilidad para recibir beneficios.