

**IMPORTANT - DO NOT DESTROY
KEEP WITH INSURANCE DOCUMENTS**

Re: **Everest National Insurance Company** Workers' Compensation Program

Dear Policyholder,

Everest National Insurance Company is the Workers' Compensation carrier for your account and is pleased to have you as a policyholder. Everest National has selected **American Claims Management** as your Workers' Compensation claim administrator. **Arrowhead General Insurance Agency** is providing you with information regarding your company's Workers' Compensation coverage and your obligations under the law.

Prompt claim reporting may help reduce the cost of your claims.

A toll free phone number and/or a toll free FAX number is available to you 24 hours a day, 7 days a week to report your claims. Claim management activities will be initiated with your phone call, including completion of the Employer's First Notice of Loss report, which will be automatically filed with the appropriate state Workers' Compensation Department on your behalf. A copy will be sent to you for your records. Please refer to the enclosed "**How to Report a Claim**" instructions for details.

Please report all claims within **24 hours** of the injury. All serious injuries or deaths should be called in **immediately**. You may be subject to potential fines and/or penalties if you fail to report claims timely.

NOTE: Notice of an on-the-job injury means notice from your employee or someone on his/her behalf, receipt of a doctor's report, or a request from **American Claims Management** for your Employer's First Report of Injury. Please do not wait for medical documentation to report the claim.

To assist you in meeting your obligations under the applicable Workers' Compensation law, please refer to the following documents, which are included in your Policyholder Kit:

- How to Report a Claim
- Instructions on state specific form requirements
- Medical Provider Panel Card listing medical providers near your location(s), an/or instructions for you to print a Medical Provider Panel Card (if applicable under the state Workers' Compensation law)

We are here to assist you when one of your employees is injured or makes a claim for Workers' Compensation benefits. Should you have any questions regarding Workers' Compensation, your responsibilities under the state Workers' Compensation Statute or the content of this letter, please do not hesitate to contact our office.

Sincerely,

American Claims Management
(866) 671-5042

ACMclaims.com



Innovative Solutions.
Exceptional Results.

P.O. Box 85251
San Diego, CA 92186
TOL 866-671-5042
FAX 760.827.4040
CA License #2C37446



Innovative Solutions.
Exceptional Results.

Helpful Contact Information

How to Report a Claim:

Via Phone – (866)671-5042

Via Fax – (619) 744-5030

Via Email – Reportaclaim@ACMClaims.com

Via Internet – www.ACMClaims.com

How to Request a Policy Holder Kit:

Email – wcinfo@acmclaims.com

Medical Provider Network (MPN) Information:

MPN Provider Search: www.everestnational.com/workcomp

MPN Help Desk: everestmpn@everestre.com

Additional Inquiries:

Bill Review Help Desk: billreview@acmclaims.com

Loss Run Requests: lrr@arrowheadgrp.com

General Questions: wcinfo@acmclaims.com

ACM's Mailing Address:

PO Box 85251

San Diego, CA 92186

ACM's Contact Numbers:

Toll Free Number: (866) 671-5042

Fax Number: (619) 744-5030

ACMclaims.com

P.O. Box 85251
San Diego, CA 92186
TOL 888.799.2919
FAX 760.827.4040
CA License #2C37446



HOW TO REPORT A WORK-RELATED INJURY

When an employee has been injured at work, how do you take control of the situation? Follow these three easy steps to immediately file your claim.

If the event is a medical emergency, seek immediate care for the employee from the nearest emergency medical provider or facility. For non emergencies your Medical Provider Network is the Everest Medical Provider Network. You can access the medical provider network for your injured employees by going to our website at or call the MPN Ombudsman at (800) 608-9822.

1. Get The Facts

Find out as much as you can about the injury and obtain the employee's personnel file whenever possible.

2. Gather All Supporting Information

Obtain as much supplemental information as you can before you report the claim.

*Name, Address, Phone, Date of Birth

*Social Security Number

*Date of Hire

*Wage Information

3. Report the Claim Immediately

Don't delay in calling because you don't have all the information. Timely reporting is essential. You can gather and report any missing information at a later date.

Our dedicated team of representatives is available to process your claim at the numbers listed below:

American Claims Management Toll-Free Reporting Information for Workers' Compensation Claims

Option # 1 (Preferred):

Toll-Free PHONE Reporting

1-866-671-5042

Option # 2:

Toll-Free FAX Reporting

1-866-744-5030

Worker's Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

Fomulario de Reclamo de Compensación por Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

Medical Care: Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. There is a limit on some medical services.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your predesignated doctor or medical group. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Different rules apply if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a Medical Provider Network (MPN). A MPN is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, for most injuries you will receive temporary disability payments for a limited period of time. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, le notificará sobre su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que el administrador de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.

El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician PTP es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico o grupo médico previamente designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador usa una Organización de Cuidado Médico (HCO) o una Red de Proveedores Médicos (MPN). Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

Dentro de un día después de que Ud. presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión y será responsable por \$10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal para la mayoría de las lesiones por un periodo limitado. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros

Worker's Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

Fomulairo de Reclamo de Compensación par Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



Return to Work: To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty maybe temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured after 1/1/04 and you have a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation (DWC), or you can hear recorded information and a list of local offices by calling **(800) 736-7401**. You may also go to the DWC website at www.dwc.ca.gov.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at www.californiaspecialist.org.

tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no pueda trabajar durante más de 14 días.

Regreso al Trabajo: Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atienda, el administrador de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado u otro trabajo podría ser temporal o podría extenderse dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

Pago por Incapacidad Permanente: Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo: Si Ud. Se lesionó después del 1/1/04 y tiene una incapacidad permanente que le impide regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por incapacidad temporal terminen, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alternativo, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de incapacidad permanente.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que viven en el hogar y que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despida, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (El Código Laboral sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation - DWC*) o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales llamando al **(800) 736-7401**. Ud. también puede consultar con la página Web de la DWC en www.dwc.ca.gov.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (State Bar) al (415) 538-2120, ó consulte con la página Web en www.californiaspecialist.org.



WORKER' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep the a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Empleado: Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee – complete this section and see note above. Empleado – complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____

6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____

7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer – complete this section and see note below. Empleado – complete est sección y note la notación abajo.

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Dirección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado las petición.* _____
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC. • P.O. BOX 85251 • SAN DIEGO, CA 92186
15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* _____
18. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claim administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.	
				FATALITY <input type="checkbox"/>	
Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.		California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.			
EMPLOYER	1. FIRM NAME		1a. Policy Number		Please do not use this column
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)		2a. Phone Number		
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)		3a. Location Code		OWNERSHIP
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.		5. State unemployment insurance acct.no		
6. TYPE OF EMPLOYER:		Private State County City School District <input type="checkbox"/> Other Gov't, Specify: _____		INDUSTRY	
7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM		9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM _____ PM	
10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)		11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? Yes No		12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)	
13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX:		15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? Yes No	
16. SALARY BEING CONTINUED? Yes No		17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)		18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM FORM (mm/dd/yy)	
19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning				AGE	
20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)		20a. COUNTY		21. ON EMPLOYER'S PREMISES? Yes No	
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.		23. Other Workers injured or ill in this event? Yes No		DAILY HOURS	
24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold				DAYS PER WEEK	
25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.				WEEKLY HOURS	
26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY				WEEKLY WAGE	
				COUNTY	
				NATURE OF INJURY	
				PART OF BODY	
ATTENTION This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2. Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2*.				SOURCE	
				EVENT	
				SECONDARY SOURCE	
35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)					
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS regular, full-time part-time temporary seasonal		37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED	
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____		39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? Yes No		EXTENT OF INJURY	
Completed By (type or print)		Signature & Title		Date (mm/dd/yy)	

Facts About Workers' Compensation

The content of this pamphlet has been approved by the Administrative Director of the Division of Workers' Compensation.

WHAT IT IS

California workers' compensation law provides a faster and fairer way to take care of injured workers where fault doesn't have to be proven to recover medical expenses and lost wages. This job-injury insurance is paid for by your employer and supervised by the State. If you can't work due to a job-related injury or illness, workers' compensation pays your medical bills and provides money to help replace lost wages until you can return to work.

WHO'S COVERED

Almost every employee in California is protected by workers' compensation, but there are few exceptions. People in business for themselves and unpaid volunteers may not be covered. Maritime workers and federal employees are covered by similar laws. If you have a question about coverage, ask your employer.

WHAT'S COVERED

Almost any injury or illness is covered if it's due to your job. It can be caused by one event like a fall, or repeated exposures, such as repetitive motion over time. Everything from minor injuries to serious accidents is covered. Workers' compensation even covers injuries including physical or psychiatric injuries resulting from a workplace crime. (Some injuries from voluntary, off-duty recreational, social or athletic activity - for example the company bowling team - may not be covered. Check with your supervisor or American Claims Management Workers' Compensation Office at 866.671.5042 if you have questions) Coverage is automatic and immediate. There is no qualifying period, no need to earn a certain amount in wages before you're covered. Protection begins the first minute you're on the job.

HOW TO REPORT AN INJURY

Immediately report, to your supervisor, any injury, no matter how slight. You can also report the injury to ACM online at ACMclaims.com or by phone at 866.671.5042. You should also complete the State required Claim Form (DWC 1) and return to your supervisor or to ACM. If you are in need of the Claim Form (DWC 1), you may obtain a copy on the ACM Web site: ACMclaims.com under Forms. State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a claim form, and employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment until a claim is accepted or rejected.

HOW TO OBTAIN MEDICAL CARE

First Aid: Seek first-aid treatment immediately either on site at work or at the designated medical treatment facility.

Emergency Care: Seek medical treatment immediately. See the emergency telephone numbers which should also be posted in your workplace.

Emergency Telephone Number: Call 911 for an ambulance, the fire department, police, or for emergency medical care from a doctor or the hospital, or go to the nearest emergency room.

Acute and Follow Up Care: If you appropriately pre-designated your personal physician, contact your physician as soon as possible and make arrangements for treatment. OR, If you did not pre-designate your personal physician, call ACM at 866.671.5042 as soon as possible to help you make arrangement for treatment. State law requires employers to authorize medical treatment within one working day of receiving the completed Claim Form from you. If you delay reporting your injury or delay completing the Claim Form, it may result in a delay in receiving benefits; and too long a delay may even jeopardize your right to obtain benefits all together.

OPTIONAL FORM

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D), doctor of osteopathic medicine (D.O) or medical group if:

- Your employer offers group health coverage;
- The doctor is your regular physician, who shall be either a physician who had limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- Your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multi-specialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for non-occupational illnesses and injuries;
- Prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- Prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address. You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section

To (name of employer):

If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

Doctor:
Street Address, City, State, Zip:
Telephone:
Employee Name:
Employee Address:
Employee Signature:
Date:
(Physician or Designation Employee of the Physician or Medical Group) The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be pre-designated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3). Title 8, California Code of Regulations, section 9783. DWC Form 9783 (March 1, 2007)

Note to Employee: Unless an employee agrees, neither the employer nor ACM shall contact your personal physician to confirm a pre-designation [CCR 9780.1(f)]. If your physician does not sign the above form, other documentation of his/her pre-designation will be required prior to an injury being sustained. If you agree that after receiving this form your employer or ACM may contact your physician to confirm the pre-designation, please sign below:

Employee Signature:
Employee ID #:
Date:

Note to Physician: Workers' compensation medical services are subject to preauthorization of non-emergency services; utilization review; reporting requirements; and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment process:

Office Manager/Billing Contact:
Phone Number:
Mailing Address (if different from street address):
Fax:
Email:
Physician License #:
Physician Tax I.D. #:

MORE ABOUT MEDICAL CARE

Quality medical treatment is the quickest way to recovery.

Primary Treating Physician (PTP): The doctor with the overall responsibility for your treatment is the primary treating physician (PTP). The PTP decides what kind of medical care you need and when you can return to work. If necessary, the PTP will review your job description and will define any limitations or restrictions that you may have when you go back to work. The PTP will coordinate any care you receive from other medical providers, and, for a serious injury, will write reports about any permanent disability or need for future medical care.

One Time Right to Change PTP: You have the right to change your PTP one time. You can request this change at any time.

Change of PTP: First 30 Days: If you make your request to change PTP during the first 30 days after reporting your injury, you can change to your personal chiropractor or acupuncturist if you have pre-designated this physician.

Change of PTP: After 30 Days: If you have not already used your one-time change of PTP, then thirty (30) days after reporting your injury, you may change to the PTP of your own choice. This can be your personal medical doctor or osteopath, your personal chiropractor, person acupuncturist, or physician of your choice within a reasonable geographic area.

Personal Physician (M.D. or D.O.): If you have a personal physician who is a medical doctor ("M.D.") or osteopath ("D.O."), and you wish to designate this physician to be your PTP, you must do so in writing prior to the injury occurring. The physician

must agree to treat you for a work-related injury or illness prior to the injury.

Medical Provider Network (MPN): Since a MPN is offered by your employer, a network doctor will generally be your PTP for the duration of treatment, though you may switch to another doctor in the network anytime after your first visit. If you want to switch to a chiropractor or acupuncturist, including a personal chiropractor or personal acupuncturist named prior to the injury, he or she must be in the network. Your employer or ACM can provide additional information about the network and your rights under your plan.

Facts About Workers' Compensation

OPTIONAL FORM

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to charge your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness. In order to be eligible to make this change, you must give your employer the name and business address of a personal chiropractor or acupuncturist in writing prior to the injury or illness. Your claims administrator generally has the right to select your treating physician within the first 30 days after your employer knows of your injury or illness. After your claims administrator has initiated your treatment with another doctor during this period, you may then, upon request, have your treatment transferred to your personal chiropractor or acupuncturist. You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

Name of Chiropractor or Acupuncturist (D.C., L.Ac.):

Street Address, City, State, Zip:

Telephone:

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Employee Signature:

Date:

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.
DWC Form 9783 (March 1, 2006)

Note to Employee: State law does not allow a chiropractor to be a treating physician beyond a maximum of 24 visits. A personal chiropractor must be your regular, licensed chiropractor (D.C.) who previously directed your treatment and retains your chiropractic treatment records, including your chiropractic history. A personal acupuncturist must be your regular, licensed acupuncturist (L.Ac.) who previously directed your treatment and retains your acupuncture treatment records, including your acupuncture history. If your employer offers a workers' compensation Medical Provider Network (MPN), you may only switch to a personal chiropractor or acupuncturist within the MPN. If you are a member of a workers' compensation Health Care Organization (HCO) different rules apply, so check with your employer or claims administrator if that is the case.

BENEFITS

Medical Care: Medical expenses for reasonable and necessary treatment will be paid directly by ACM on behalf of your employer. Medical bills for authorized care should never be received or paid by you. All bills should be sent to American Claims Management at P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. There is a limit on some medical services.

Temporary Disability: If you are unable to work for more than three days, including weekends, you are entitled to temporary disability (TD) payments to help replace your lost wages. About two weeks after reporting the injury, you'll receive a check from ACM. You will continue to receive TD checks every two weeks after that until the doctors says that you can return to work, or that your medical condition is "permanent and stationary." (Payments will not be made for the first three days, however, unless you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days.) The amount of these checks will be two-thirds of your average wage, subject to minimums and maximums set by State law. There are no deductions and the payments are tax free. Under California law, TD payments for a single injury may not extend for more than 104 compensable weeks within five years from the date of the injury, or for more than 240 weeks within five years from the date of injury for certain specified long-term injuries such as severe burns or chronic lung disease. If the maximum TD payment period is reached before you can return to work or before your medical condition becomes permanent and stationary, you may be able to obtain disability benefits through the California Employment Development Department (EDD). You may also be able to receive these benefits if your TD is delayed or denied.

Permanent Disability: If your doctor says your injury or illness will result in permanent limitations or restrictions in your ability to work, you may receive permanent disability payments. The amount depends on the doctor's report, how much of the permanent disability was directly caused by your work, and factors such as your age, occupation, type of injury, and date of injury. Your benefit payment also may be affected by whether or not your employer makes a suitable return-to-work offer, and whether or not you accept the offer. The minimum and maximum amounts are set by State law, but if you have a permanent disability, ACM will send a letter explaining how the benefit was calculated. In general, the total amount

is set at a weekly rate spread over a fixed number of weeks. The first payment is due within 14 days after the final temporary disability payment, or if you were not receiving temporary disability payments, 14 days after your doctor says your condition is permanent and stationary. After that, the benefit will be paid every 14 days until you reach the maximum or until you settle your case and receive a lump sum payment.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to individuals who were financially dependent on you. These benefits are set by State law and the amount depends on the number of dependents and the date of injury. Workers' compensation also provides a burial allowance.

Supplemental Job Displacement Benefit: Once ACM receives a doctor's report that you have recovered as much as possible from your job injury and your injury results in permanent disability, within 60 days ACM will send a letter advising you whether your employer has a modified job or alternative work available to you. If your employer does not offer modified or alternative work, ACM has 20 days to offer you the Supplemental Job Displacement Benefit. This is a \$6000 non transferable voucher that is to be used at a State accredited school for education-related retraining or skill enhancement. There are limits to how much you can spend for some items, but if you qualify, you'll get information on what types of expenses are covered, the limits, documentation requirements, and deadlines for use of this benefit.

Other Benefits:

To clarify, Workers' Compensation insurance covers on-the-job injuries and illnesses and is paid for entirely by your employer, whereas State Disability insurance (SDI) covers off-the-job injuries or sicknesses, and is paid for by deductions from your paycheck. If you are not receiving workers' compensation benefits you could be eligible to receive SDI benefits. To learn more, call the local state Employment Development Disability listed in the government pages of your phone book, or on the web at www.EDD.ca.gov/disability/.

If the state determines that your workers' compensation permanent disability is too low compared to your loss of future earnings, you may qualify for additional money from a Return-to-Work Fund, approved by state lawmakers in 2012. This fund is administered by the Department of Industrial Relations, details on eligibility and how to apply will be included in state regulations. If you believe that you qualify, contact the local DWC Information and Assistance office listed at your workplace or you can call 800.736.7401 or visit the Division of Workers' Compensation web site at www.DWC.ca.gov.

QUESTIONS?

You may direct any and all questions to your supervisor or ACM. ACM's address and phone number is listed at the bottom of this document. You can also contact an information and assistance officer at the State Division of Workers' Compensation (DWC). Information and assistance officers are available at no charge to answer questions, review problems and provide additional written information about workers' compensation. The local office is listed at the end of this document and is posted at your workplace, or you can call 800.736.7401, check the local listing in the white pages of the phone book under State Government Office/Industrial Relations/Workers' Compensation, or go to the DWC Web site at www.dir.ca.gov/dwc.

INFORMATION AND ASSISTANCE OFFICES

Anaheim (714) 414-1801	Los Angeles (213) 576-7389	Riverside (951) 782-4347	San Jose (408) 277-1292
Bakersfield (661) 395-2514	Marina del Rey (310) 482-3820	Sacramento (916) 928-3158	San Luis Obispo (805) 596-4159
Eureka (707) 441-5723	Oakland (510) 622-2861	Salinas (831) 443-3058	Santa Ana (714) 558-4597
Fresno (559) 445-5355	Oxnard (805) 485-3528	San Bernardino (909) 383-4522	Santa Rosa (707) 576-2452
Goleta (805) 968-4158	Pomona (909) 623-8568	San Diego (619) 767-2082	Stockton (209) 948-7980
Long Beach (562) 590-5240	Redding (530) 225-2047	San Francisco (415) 703-5020	Van Nuys (818) 901-5367

Claims Administered by:

American Claims Management

P.O. Box 85251

San Diego, CA 92186

Toll Free 866.671.5042

ACMclaims.com



NON-DISCRIMINATION: It is illegal for your employer to fire you or in any way discriminate against you because you file a claim, intend to file a claim, settle a claim, testify or intend to testify for another injured worker. If it is found that your employer discriminated against you, your employer may be ordered to reinstate you to your job, reimburse you for lost wages and employment benefits, and pay increased workers' compensation benefits, costs and expenses up to maximum amounts set by state law.

WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY

Anyone who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Información Sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo

El contenido de este folleto está aprobado por el Director Administrativo de la División de Indemnización por Accidentes de Trabajo.

QUÉ ES

La legislación de California sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo brinda una manera más rápida y justa de atender a los empleados lesionados en casos en los cuales no haya que probar culpa para recibir el reembolso de los gastos médicos y el salario que el empleado no ganó. Este seguro por lesiones de trabajo está pagado por el empleador y supervisado por el Estado. En caso de no poder trabajar debido a una lesión o enfermedad de trabajo, la indemnización laboral paga los gastos médicos y brinda una entrada de dinero para reemplazar el salario que se dejó de ganar hasta que el empleado regrese al trabajo.

QUIÉN RECIBE COBERTURA

Casi todos los empleados de California están protegidos por la indemnización laboral, pero existen algunas excepciones. Es posible que las personas que trabajan por cuenta propia y los voluntarios que no reciben remuneración no estén cubiertos. Los empleados del rubro marítimo y los empleados federales están cubiertos por leyes similares. En caso de tener alguna pregunta sobre la cobertura, consultar con el empleador.

QUÉ SE CUBRE

Casi cualquier lesión o enfermedad recibe cobertura si es como consecuencia del trabajo. Puede ser a causa de un incidente como una caída, exposición repetitiva o como un movimiento repetitivo a través del tiempo. Todo está cubierto, desde lesiones menores a accidentes de gravedad. La indemnización laboral cubre lesiones como consecuencia de algún delito en el ambiente laboral. (Existe la posibilidad de que algunas lesiones derivadas de actividades voluntarias, recreativas fuera del horario laboral, actividades sociales o deportivas por ejemplo, el equipo de bolos de la compañía – no estén cubiertas. Consultar con el supervisor que corresponda o en la Oficina de Reclamos de Indemnización Laboral (American Claims Management Workers' Compensation Office) al 866.671.5042 en caso de tener preguntas). La cobertura es automática e inmediata. No hay un plazo para ser aprobado ni es necesario haber cobrado un salario determinado para recibir la cobertura. La protección empieza al momento en el cual se entra al trabajo.

CÓMO REPORTAR UNA LESIÓN

Hay que informar de inmediato, al supervisor correspondiente, cualquier lesión, sin importar la magnitud. También se puede informar de la lesión a ACM por Internet o por teléfono al 866.671.5042.

Además hay que completar el formulario de reclamos que exige el Estado (DWC 1) y enviarlo al supervisor o a ACM. En caso de necesitar este formulario (DWC 1), las copias están disponibles en el sitio WEB de ACM: ACMclaims.com debajo de "Forms."

La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen atención médica el día laboral después de haber recibido el formulario de reclamo, los empleadores podrían ser responsables de pagar hasta \$10,000 por tratamiento hasta que el reclamo se acepte o rechace.

CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

Primeros Auxilios: Solicitar primeros auxilios de inmediato ya sea en el lugar de trabajo o en el establecimiento médico que se asigne.

Atención de Emergencia: Solicitar atención médica de emergencia. Consultar los números telefónicos de emergencia publicados en el lugar de trabajo.

Número Telefónico de Emergencia: Llamar al 911 para pedir asistencia de una ambulancia, de los bomberos, de la policía o de emergencia por parte de un doctor o de un hospital, o dirigirse a la sala de emergencia más cercana.

Consultas por Estado Agudo o de Control: En caso de haber designado a su médico personal con anticipación, comuníquese lo antes posible y haga los trámites para el tratamiento. O en caso de no haber designado a su médico personal, llamar a ACM al 866.671.5042 cuanto antes para colaborar con los trámites del tratamiento. La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen el tratamiento médico el día laboral después de recibir el Formulario de Reclamo completo. Si se demora el reporte de la lesión o la entrega del Formulario de Reclamo, podrían demorarse los beneficios; y la tardanza excesiva podría poner en peligro el derecho del empleado a recibir beneficios.

INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

El tratamiento médico de calidad es la forma más rápida de recuperación.

Médico de Cabecera (PTP): El doctor que tiene la responsabilidad general del tratamiento es el médico de cabecera (PTP). El PTP decide qué tipo de atención médica se necesita y el momento en el cual el empleado puede volver al trabajo. Si es necesario, el PTP revisa la descripción laboral y define cualquier limitación o restricción que el empleado pudiera tener al momento de volver al trabajo. El PTP coordina la atención que el empleado reciba por parte de otros médicos, y en caso de una lesión grave, es el que escribe informes sobre cualquier discapacidad permanente o necesidad de atención médica en el futuro.

Única Oportunidad de Cambiar el PTP: El empleado tiene derecho a cambiar el PTP una vez. Este cambio se puede solicitar en cualquier momento.

Cambio de PTP: Primeros 30 Días: En caso de solicitar el cambio de PTP durante los primeros 30 días después de reportar una lesión, se puede cambiar el quiropráctico personal o acupunturista en caso de tener un médico designado con anterioridad. **Cambio de PTP: Después de 30 Días:** En caso de no haber usado el cambio de PTP, entonces, treinta (30) días después de reportar la lesión, se puede hacer el cambio de PTP al que el empleado haya elegido. Éste puede ser el médico personal u osteópata, el quiropráctico, acupunturista personal o médico de preferencia dentro de un área geográfica razonable.

Médico Personal (M.D. o D.O.): En caso de tener un médico personal que sea ("M.D.") u osteópata ("D.O."), y el empleado quiera designar a dicho médico como el PTP, el empleado tendrá que hacerlo por escrito antes de que ocurra la lesión. El médico tiene que estar de acuerdo en atender al empleado por una lesión o enfermedad de trabajo antes de que la misma suceda.

FORMULARIOS OPTATIVOS

DESIGNACIÓN PREVIA DEL MÉDICO PERSONAL

En caso de que el empleado tenga una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, el empleado puede recibir atención por dicha lesión o enfermedad por parte del médico personal (M.D.), especialista en medicina osteópata (D.O) o grupo médico si:

- el empleador ofrece cobertura médica grupal; • dicho médico es el que brinda atención habitual, que se limite a ejercer medicina general o que esté habilitado por la junta o internista elegible por la junta, pediatra, ginecólogo obstetra o clínico y que haya ordenado previamente el tratamiento médico del empleado y que guarde todos los documentos médicos;
- el "médico personal" del empleado puede ser un grupo médico si es una sociedad corporativa única compuesta por doctores en medicina habilitados u osteópatas, que operen como un grupo médico integral con especialidades múltiples que brinden atención principalmente por enfermedades o lesiones que no sean de trabajo;
- antes de la lesión, el médico debe estar de acuerdo en atender al empleado por lesiones o enfermedades laborales;
- antes de la lesión, el empleado debe presentar al empleador lo siguiente por escrito: (1) una nota que diga que el empleado quiere que el médico personal lo atienda por alguna lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y la dirección comercial de éste. Este formulario se puede utilizar para notificar al empleador en caso de que el empleado desee que el médico personal o doctor osteópata lo atienda por alguna lesión o enfermedad laboral y si se cumplen los requisitos mencionados arriba.

NOTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN PREVIA DEL MÉDICO PERSONAL

Empleado: Completar esta sección

Para (nombre del empleador):

En caso de tener una lesión o enfermedad laboral, elijo que me atienda:

Nombre del doctor:

Calle, Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono:

Nombre del Empleado:

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

(Médico o Designación del Empleado del Médico o Grupo Médico)

El médico no tiene obligación de firmar este formulario, sin embargo, si el médico o el empleado del médico o grupo médico no firma, se necesitará otra documentación como comprobante de que el médico está de acuerdo en la designación previa según el Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9780.1(a)(3).

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783. DWC Formulario 9783 (1 de marzo de 2007)

Nota para el Empleado: A menos que un empleado esté de acuerdo, ni el empleador ni el ACM se comunicarán con su médico personal para confirmar una designación previa [CCR 9780.1(f)]. Si su médico no firma el formulario anterior, se requerirá otra documentación de su designación previa antes de que se sufra una lesión. Si usted está de acuerdo después de recibir este formulario que su empleador o ACM pueden comunicarse con su médico para confirmar la designación previa, por favor firme abajo:

Firma del Empleado:

Nº de Identificación del Empleado:

Fecha:

Note to Physician: Los servicios médicos de indemnización del trabajador están sujetos a autorización previa de servicios que no sean de emergencia; revisión de utilización; requisitos de presentación de informes; y la Lista Oficial de Honorarios Médicos de California. La siguiente información opcional puede ayudar a la comunicación y facilitar el proceso de autorización, generación de informes, registros y pagos:

Gerente de Oficina / Contacto de Facturación:

Número telefónico:

Dirección Postal (si es diferente al domicilio):

Fax:

Correo electrónico:

Licencia Médica n°:

Identificación Tributaria n°:

Red de Profesionales Médicos (MPN): Debido a que es el empleador el que ofrece la MPN, el médico de la red es el que, en general, va a ser el PTP mientras dure el tratamiento, si bien se puede efectuar el cambio a otro médico de la red en cualquier momento antes o después de la consulta. En caso de querer hacer el cambio a un quiropráctico o acupunturista, incluyendo un quiropráctico personal o acupunturista personal antes de la lesión, el profesional tiene que estar en la red. El empleador o el ACM pueden brindar información adicional con respecto a la red y los derechos del empleado según el plan.

Información Acerca de Indemnización Laboral

FORMULARIO OPTATIVO

NOTIFICACIÓN DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL
Si el empleador o la compañía de seguro del empleador no tiene una Red de Profesionales Médicos, es posible que se pueda cobrar al quiropráctico o acupunturista personal en vez de al médico de cabecera después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para poder hacer este cambio, el empleado tiene que darle al empleador el nombre y la dirección del quiropráctico o acupunturista personal por escrito antes de la lesión o enfermedad. En general, el administrador de reclamos tiene derecho a seleccionar al médico de cabecera dentro de un plazo de 30 días después de que el empleador tenga conocimiento de la lesión o enfermedad. Después de que el administrador de reclamos haya iniciado el tratamiento con otro médico durante este período, entonces el empleado puede, a pedido, solicitar que el tratamiento se transfiera al quiropráctico o acupunturista personal. Este formulario se puede utilizar para entregar al empleador la información del quiropráctico o acupunturista personal.

Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.Ac.):

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Nombre del Empleado (en letra de bloque):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783, DWC Formulario 9783 (1 de marzo de 2006)

Nota para el Empleado: La ley estatal no permite que un quiropráctico sea un médico tratante más allá de un máximo de 24 visitas. El quiropráctico personal debe ser el quiropráctico habitual y habilitado (D.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento quiropráctico. El acupunturista debe ser un acupunturista habitual y habilitado (L.Ac.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento de acupuntura.

Si el empleador ofrece una Red de Profesionales Médicos para Accidentes de Trabajo (MPN), el empleado podrá únicamente cambiar a un quiropráctico o acupunturista personal dentro de la red de MPN. En caso de que el empleado sea miembro de la Organización de Atención de la Salud por Accidentes de Trabajo (IHCO) rigen normas diferentes, por este motivo, consultar con el empleador o administrador de reclamos, si ese es el caso.

BENEFICIOS

Atención Médica: ACM paga directamente los gastos médicos por tratamiento razonable y necesario en nombre del empleador. El empleado jamás debe recibir las facturas médicas por atención autorizada ni efectuar el pago de las mismas. Todas las facturas se envían a American Claims Management a P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. Existe un límite en algunos de los servicios médicos.

Discapacidad Temporal: En caso de que el empleado no esté en condiciones de trabajar por más de tres días, incluyendo los fines de semana, tiene derecho a recibir pagos por discapacidad temporal (TD) como reemplazo del salario que no pudo recibir. Dos semanas después del reporte de la lesión, el empleado recibirá un cheque de ACM. Este cheque continuará llegando cada dos semanas hasta que los médicos digan que el empleado está en condiciones de volver al trabajo o hasta que digan que el cuadro médico es "permanente y estacionario." (Los pagos no se efectúan durante los tres primeros días, salvo, sin embargo, que el empleado esté internado en un hospital o no esté en condiciones de trabajar por más de 14 días.) El monto de estos cheques es de dos-tercios del salario promedio del empleado, supereditado a los mínimos y máximos establecidos por la legislación del Estado. No hay deducciones y los pagos son libres de impuestos. Según la legislación de California, los pagos por TD por una única lesión no deben extenderse por más de 104 semanas remunerables en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión, o por más de 240 semanas en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión para determinadas lesiones a largo plazo tales como quemaduras de gravedad o enfermedad pulmonar crónica. Si se llega al período máximo del pago de la TD antes de poder volver al trabajo o antes de que el cuadro médico sea permanente y estacionario, el empleado puede recibir beneficios de discapacidad por medio del Departamento de Desarrollo Laboral de California (EDD). Es posible que el empleado también pueda recibir estos beneficios si el pago por TD se niega o se demora.

Discapacidad Permanente: Si el médico dice que la lesión o enfermedad tiene como consecuencia limitaciones o restricciones permanentes en la capacidad laboral del empleado, el empleado podría tener la posibilidad de recibir pagos por discapacidad permanente. El monto depende del informe del doctor, de cuánto de dicha discapacidad permanente haya sido causa directa del trabajo y demás factores como edad, ocupación, tipo de lesión y fecha de la lesión. El pago del beneficio también se puede ver afectado por el hecho de que si el empleador hizo o no una oferta adecuada para volver al trabajo, y si el empleado la aceptó o no. Los montos mínimos y máximos están determinados por la legislación del Estado, pero si el empleado tiene una discapacidad permanente, ACM enviará una carta con la explicación de cómo se calculó el beneficio. En general, el monto total se establece de acuerdo con una tasa semanal distribuida sobre una cantidad determinada de semanas. El plazo del primer pago se vence a los 14 días después del pago final por discapacidad, o en caso de que el empleado no estuviera recibiendo pagos temporales por discapacidad, 14 días después de que el doctor diga que el estado es permanente y estacionario. Después de eso, el beneficio se pagará cada

14 días hasta que el empleado reciba el máximo, hasta que se resuelva el caso o reciba una cantidad total como pago.

Beneficios por Fallecimiento: Si la lesión o enfermedad es la causa del fallecimiento, los pagos se efectuarán a las personas que dependían económicamente del empleado. Estos beneficios están establecidos en la legislación del Estado y el monto depende de la cantidad de dependientes y de la fecha de la lesión. La indemnización laboral también brinda aportes para el funeral.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento Laboral: Una vez que ACM recibe un informe médico de que usted se ha recuperado lo más posible de su lesión ocupacional y su lesión resulta en discapacidad permanente, en un período no mayor de 60 días, ACM enviará una carta informándole si su empleador tiene una labor modificada o trabajo alternativo disponible para usted. Si su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo, ACM tiene 20 días para ofrecerle el Beneficio Complementario de Desplazamiento Laboral. Se trata de un bono no transferible de \$6000 que se debe utilizar en una escuela acreditada del Estado para recibir recapacitación relacionada con la educación o perfeccionamiento profesional. Hay límites de cuánto usted puede gastar en algunas cosas, pero si usted reúne los requisitos, obtendrá información sobre qué tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de documentación y plazos para el uso de este beneficio.

Other Benefits:

Para aclarar, el seguro de Indemnización del Trabajador cubre lesiones y enfermedades ocurridas en el lugar de trabajo y es pagado en su totalidad por su empleador, mientras que el Seguro de Discapacidad del Estado (SDI) cubre lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo beneficios de indemnización del trabajador, usted puede ser elegible para recibir beneficios del SDI. Para obtener más información, llame a la oficina estatal local de Desarrollo de Discapacidad de Empleo que figura en las páginas del gobierno de su guía telefónica o visite www.EDD.ca.gov/disability/.

Si el estado determina que el monto por discapacidad permanente con derecho a indemnización del trabajador es muy bajo en comparación con la pérdida de ganancias futuras, usted puede calificar para recibir dinero adicional de un Fondo de Retorno al Trabajo, aprobado por los legisladores del estado en 2012. Este fondo es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales; se incluirán detalles sobre la elegibilidad y cómo solicitarlo en las normas estatales. Si usted cree que reúne los requisitos, comuníquese con la oficina local de Información y Asistencia de DWC que aparece en su centro de trabajo o puede llamar al 800.736.7401 o visitar el sitio Web de la División de Indemnización del Trabajador www.DWC.ca.gov.

¿PREGUNTAS?

Para cualquier pregunta, dirigirse al supervisor que corresponda o a ACM. La dirección y el número de teléfono de ACM aparecen al final de este documento. También se puede comunicar con el personal de información y asistencia de la División de Indemnización Laboral del Estado (DWC). El personal de información y asistencia está a disposición sin costo alguno para contestar cualquier pregunta, consulta de problemas y para brindar por escrito información adicional sobre indemnización laboral. La oficina local aparece al final de este documento y está publicada en su lugar de trabajo o puede llamar al 800.736.7401, consultar las páginas blancas de las guías telefónicas locales bajo Oficinas del Gobierno Estatal/Relaciones Industriales/Indemnización Laboral o visitar el sitio web de DWC en www.dir.ca.gov/dwc.

OFICINAS DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

Anaheim (714) 414-1801	Marina del Rey (310) 482-3820	Salinas (831) 443-3058	Santa Rosa (707) 576-2452
Bakersfield (661) 395-2514	Oakland (510) 622-2861	San Bernardino (909) 383-4522	Stockton (209) 948-7980
Eureka (707) 441-5723	Oxnard (805) 485-3528	San Diego (619) 767-2082	Van Nuys (818) 901-5367
Fresno (559) 445-5355	Pomona (909) 623-8568	San Francisco (415) 703-5020	
Goleta (805) 968-4158	Redding (530) 225-2047	San Jose (408) 277-1292	
Long Beach (562) 590-5240	Riverside (951) 782-4347	San Luis Obispo (805) 596-4159	
Los Angeles (213) 576-7389	Sacramento (916) 928-3158	Santa Ana (714) 558-4597	

Reclamos Administrados por:

American Claims Management

P.O. Box 85251

San Diego, CA 92186

Línea Telefónica Gratuita 866.671.5042

ACMclaims.com



NO DISCRIMINACIÓN: Es ilícito que el empleador despidiera o efectúe algún tipo de discriminación contra algún empleado como consecuencia de la presentación de un reclamo, de la intención de presentar un reclamo, del recibo de una indemnización, por declarar o tener la intención de declarar a favor de otro empleado lesionado. Si se determina que el empleador discriminó a algún empleado, se le podría ordenar al empleador que vuelva a contratar a dicho empleado, que le reembolse el salario que no recibió, que le otorgue beneficios laborales y que le pague una mayor indemnización, gastos y costos hasta el máximo que disponga la legislación del estado.

EL FRAUDE PARA RECIBIR INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO ES UN DELITO

Toda persona que presente o sea la causa de que se presenten declaraciones falsas o fraudulentas con el fin de recibir o negar beneficios o indemnización laboral es culpable de un delito.

How to file a workers' compensation claim form

Use a claim form to report a work injury or illness to your employer.

Attached is the employee claim for workers' compensation benefits. Please read and follow the instructions on the top of the form.

Complete only the "employee" section. Be sure to sign and date the claim form and keep a copy for your records.

Return the claim form to your employer right away in person or by mail. If you mail the claim form, use certified mail -- return receipt requested -- so you have a record of the date it was mailed and the date it was received. If you don't return the completed form to your employer you may risk your right to benefits.

You have the right to receive up to \$10,000 in medical care under treatment guidelines while your employer decides whether to accept or deny your claim. Your employer must approve that treatment within one working day of receiving your claim form.

Your employer should fill out the "employer" section and forward the completed claim form to the insurance company. Your employer should give you a copy of the completed claim form. If they don't, request a copy and keep it for your records. Generally, the insurance company has 14 days to mail you a letter telling you the status of your claim. If you don't receive this letter, call the insurance company to find out the status of your claim.

- ✓ [Workers' Compensation Claim Form \(DWC 1\)](#)

If you need help, call an [Information and Assistance \(I&A\) office](#), or attend a [workshop for injured workers](#). The local I&A phone numbers are attached to this guide. You can get information on a local workshop from the I&A office or on the Web at www.dwc.ca.gov.

The information contained in this guide is general in nature and is not intended as a substitute for legal advice. Changes in the law or the specific facts of your case may result in legal interpretations different than those present here.

When sending documents to a district office, please make sure they are not folded or stapled. Send them in a large manila envelope. Please see the EAMS OCR forms handbook for further instructions.

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92806-2131

1065 N. PacificCenter Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit (714) 414-7401

BAKERSFIELD, 93301-1929

1800 30th Street, Suite 100
Information & Assistance Unit (661) 395-2514

EUREKA, 95501-0481

100 "H" Street, Suite 202
Information & Assistance Unit (707) 441-5723

FRESNO, 93721-2219

2550 Mariposa Mall, Suite 4078
Information & Assistance Unit (559) 445-5355

GOLETA, 93117-5551

6755 Hollister Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 968-4158

LONG BEACH, 90802-4304

300 OceanGate Street, Suite 200
Information & Assistance Unit (562) 590-5240

LOS ANGELES, 90013-1105

320 West 4th Street, 9th Floor
Information & Assistance Unit (213) 576-7389

MARINA DEL REY, CA 90292-6902

4720 Lincoln Boulevard, 2nd and 3rd floors
Information & Assistance Unit (310) 482-3858

OAKLAND, 94612-1499

1515 Clay Street, 6th Floor
Information & Assistance Unit (510) 622-2861

OXNARD, 93030-7912

1901 N. Rice Avenue, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 485-3528

POMONA, 91768-2653

732 Corporate Center Drive
Information & Assistance Unit (909) 623-8568

REDDING, 96001-2740

2115 Civic Center Drive, Suite 15
Information & Assistance Unit (530) 225-2047

RIVERSIDE, 92501-3337

3737 Main Street, Suite 300
Information & Assistance Unit (951) 782-4347

SACRAMENTO, 95834-2962

160 Promenade Circle Suite 300
Information & Assistance Unit (916) 928-3158

SALINAS, 93906-2204

1880 North Main Street, Suites 100 & 200
Information & Assistance (831) 443-3058

SAN BERNARDINO, 92401-1411

464 West Fourth Street, Suite 239
Information & Assistance Unit (909) 383-4522

SAN DIEGO, 92108-4424

7575 Metropolitan Drive, Suite 202
Information & Assistance Unit (619) 767-2082

SAN FRANCISCO, 94102-7002

455 Golden Gate Avenue, 2nd Floor
Information & Assistance Unit (415) 703-5020

SAN JOSE, 95113-1402

100 Paseo de San Antonio, Suite 241
Information & Assistance Unit (408) 277-1292

SAN LUIS OBISPO, 93401-8736

4740 Allene Way, Suite 100
Information & Assistance Unit (805) 596-4159

SANTA ANA, 92701-4070

605 W Santa Ana Boulevard, Bldg 28, Suite 451
Information & Assistance Unit (714) 558-4597

SANTA ROSA, 95404-4771

50 "D" Street, Suite 420
Information & Assistance Unit (707) 576-2452

STOCKTON, 95202-2314

31 East Channel Street, Suite 344
Information & Assistance Unit (209) 948-7980

VAN NUYS, 91401-3370

6150 Van Nuys Boulevard, Suite 105
Information & Assistance Unit (818) 901-5374

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Attached is the form for filing a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If required you will be notified by the claims administrator, who is responsible for handling your claim, about your eligibility for benefits.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Your employer will then complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy and send one to the claims administrator. Benefits can't start until the claims administrator knows of the injury, so complete the form as soon as possible.

Medical Care: Your claims administrator will pay all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines. Your claims administrator will pay the costs directly so you should never see a bill. There is a limit on some medical services.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness. Generally your employer selects the PTP you will see for the first 30 days, however, in specified conditions, you may be treated by your predesignated doctor or medical group. If a doctor says you still need treatment after 30 days, you may be able to switch to the doctor of your choice. Different rules apply if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a Medical Provider Network (MPN). A MPN is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information. If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may choose your own doctor immediately.

Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for the alleged injury and shall continue to be liable for up to \$10,000 in treatment until the claim is accepted or rejected.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, for most injuries you will receive temporary disability payments for a limited period of time. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Return to Work: To help you to return to work as soon as possible, you should actively communicate with your treating doctor, claims administrator, and employer about the kinds of work you can do while recovering. They may coordinate efforts to return you to modified duty or other work that is medically appropriate. This modified or other duty may

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Se adjunta el formulario para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran, dependiendo de la índole de su reclamo. Si se requiere, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, le notificará sobre su elegibilidad para beneficios.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Entonces, su empleador completará la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos. Los beneficios no pueden comenzar hasta, que el administrador de reclamos se entere de la lesión, así que complete el formulario lo antes posible.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará toda la atención médica razonable y necesaria, para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Es posible que los beneficios médicos incluyan el tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio y las medicinas. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos, de manera que usted nunca verá un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.

El Médico Primario que le Atiende-Primary Treating Physician PTP es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad. Generalmente, su empleador selecciona al PTP que Ud. verá durante los primeros 30 días. Sin embargo, en condiciones específicas, es posible que usted pueda ser tratado por su médico o grupo médico previamente designado. Si el doctor dice que usted aún necesita tratamiento después de 30 días, es posible que Ud. pueda cambiar al médico de su preferencia. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador usa una Organización de Cuidado Médico (HCO) o una Red de Proveedores Médicos (MPN). Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información. Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede seleccionar a su propio médico inmediatamente.

Dentro de un día después de que Ud. presente un formulario de reclamo, su empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a la presunta lesión y será responsable por \$10,000 en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes se revelarán. Si Ud. solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. recibirá pagos por incapacidad temporal para la mayoría de las lesiones por un periodo limitado. Es posible que estos pagos cambien o paren, cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad



be temporary or may be extended depending on the nature of your injury or illness.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured after 1/1/04 and you have a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends, and your employer does not offer modified or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable to a school for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law based on your percentage of permanent disability.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) benefits. Call State Employment Development Department at (800) 480-3287.

You can obtain free information from an information and assistance officer of the State Division of Workers' Compensation (DWC), or you can hear recorded information and a list of local offices by calling (800) 736-7401. You may also go to the DWC website at www.dwc.ca.gov.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their web site at www.californiaspecialist.org.

por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no pueda trabajar durante más de 14 días.

Regreso al Trabajo: Para ayudarle a regresar a trabajar lo antes posible, Ud. debe comunicarse de manera activa con el médico que le atiende, el administrador de reclamos y el empleador, con respecto a las clases de trabajo que Ud. puede hacer mientras se recupera. Es posible que ellos coordinen esfuerzos para regresarle a un trabajo modificado, o a otro trabajo, que sea apropiado desde el punto de vista médico. Este trabajo modificado u otro trabajo podría ser temporal o podría extenderse dependiendo de la índole de su lesión o enfermedad.

Pago por Incapacidad Permanente: Si el doctor dice que su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, su edad, su ocupación y la fecha de la lesión.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo: Si Ud. se lesionó después del 1/1/04 y tiene una incapacidad permanente que le impide regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por incapacidad temporal terminen, y su empleador no ofrece un trabajo modificado o alternativo, es posible que usted reúna los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo entrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. reúne los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales basado en su porcentaje de incapacidad permanente.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a los parientes o a las personas que viven en el hogar y que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despidan, por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (El Código Laboral sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (SDI). Llame al Departamento Estatal del Desarrollo del Empleo (EDD) al (800) 480-3287.

Ud. puede obtener información gratis, de un oficial de información y asistencia, de la División Estatal de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation - DWC*) o puede escuchar información grabada, así como una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401. Ud. también puede consultar con la página Web de la DWC en www.dwc.ca.gov.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California (*State Bar*) al (415) 538-2120, ó consulte con la página Web en www.californiaspecialist.org.



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the "Employee" section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "Employee's Temporary Receipt" until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at (800) 736-7401. An explanation of workers' compensation benefits is included as the cover sheet of this form.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Empleado: Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. En la hoja cubierta de esta forma esta la explicación de los beneficios de compensación al trabajador.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____

6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____

7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.

9. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
10. Address. *Dirección.* _____
11. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
12. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
13. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
14. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____

15. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* _____
16. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
17. Title. *Título.* _____ 18. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Employer copy/Copia del Empleador Employee copy/ Copia del Empleado

Empleador: Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de **un día hábil** desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

Claims Administrator/Administrador de Reclamos Temporary Receipt/Recibo del Empleado

Instructions on State Form Requirements – California

NOTICE TO EMPLOYEES- INJURIES CAUSED BY WORK (Posting Notice; State Form DWC-7 in English & Spanish)

- This posting notice is required by law and must be posted in a conspicuous place, including all worksites frequented by all employees and where they may easily read it during the workday. The posting notice must be filled out completely with the following information prior to posting:
Current MPN's toll free number:
MPN website:
MPN Effective Date:
Current MPN's address:
Claims Administrator:
Phone:
Workers' compensation insurer:
Policy Expiration Date:

MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN) NOTICE – INITIAL WRITTEN EMPLOYEE NOTIFICATION RE: MPN (Posting Notice in English & Spanish) (NEW 10/8/10)

- This posting notice must be posted next to the Notice of Employees (DWC-7) posting.

FACTS ABOUT WORKERS' COMPENSATION (New hires pamphlet to employee) (Blue Pamphlet in English & Spanish)

- At the time of hire, new employees must be advised of the entitlement to receive Workers' Compensation benefits in the event of an injury. This pamphlet has to be provided to all new hires at time of hire. Proper procedures for reporting an injury should also be reviewed with the employee. Additional copies can be ordered at www.cwci.org.

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (State Form DWC 1 in English & Spanish)

- If an injury occurs, this form must be given to an employee within one working day from notice or knowledge of an injury which results in lost time beyond the shift, or medical treatment beyond first aid.
- Within one working day of receipt of the completed form from the employee, the employer is required to record the date received on line 13, and provide copies to the employee, and claim administrator.
- It is recommended a log be kept as proof that these forms have been provided in a timely manner. Failure to provide this form can result in employer fines and penalties.

Instructions on State Form Requirements – California

EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS (State Form 5020)

- This form is required when a work related injury or illness occurs or is claimed, and assistance with completion is available at the toll free number for claim reporting.
- Follow instructions on the enclosed "How to Report a Claim".
- Make sure to keep a copy of the completed report form for your records, and give a copy to the employee.
- All claims for workers' compensation benefits must be reported regardless of merit, to allow for proper processing and investigation.
- Be sure to report a claim immediately and do not wait for the employee to return the DWC 1 Claim Form.
- In case of a death or serious work related injury/illness, contact the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health (Cal-OSHA) immediately. A death also requires reporting to the U.S Department of Labor, Bureau of Labor Statistics in San Francisco.

FACTS FOR INJURED WORKERS (Written Notice to Injured Employees) (Red Pamphlet in English & Spanish)

- After the injury is reported, this pamphlet will be mailed by the claim administrator to the injured employee on all reported claims. This satisfies the requirement for an employer to advise an employee of Workers' Compensation entitlements, rights, benefits and obligations in writing within five working days of notice or knowledge of an injury.

Review and follow instructions included in the Medical Provider Network (MPN) folder for distribution and use of the next three forms:

- **INITIAL WRITTEN EMPLOYEE NOTIFICATION RE: MEDICAL PROVIDER NETWORK**
(MPN Letter) (No State Form Number – English & Spanish)
- **MEDICAL PROVIDER PANEL CARD - MPN**
(MPN Posting Notice) (No State Form Number)
- **NEW HIRES -- MPN IMPLEMENTATION NOTICE – to include Spanish only if there are Spanish speaking employees**
(MPN Implementation Notice) (No State Form Number)

Instructions on State Form Requirements – California

PRE-DESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN (State DWC Form 9783 – English & Spanish)

- At the time of hire, new employees must be notified of the right to pre-designate a physician to treat in the event of a work related injury.
- To qualify for pre-designation the employer must offer a group health plan and the employee must be eligible for the group health plan.
- This form serves as notification of this right and should be given to the employee. Documentation of this notification should be kept in the personnel file along with any completed forms returned by the employee.
- The employer only has to notify the employee of the right to pre-designate; it is the employee's responsibility to choose whether to return the form.
- "Personal physician" includes a medical group. To validate the pre-designation, the physician or designated employee of the physician or medical group must either sign the form or provide a letter of agreement to treat and return it to the employer.
- If the physician does not agree, or the employee does not provide pre-designation, the employee will be required to treat with a Medical Provider Network (MPN) physician. Failure to give this notification to the employee may jeopardize the employer's ability to control medical care.

Failure to comply with all of the above instructions may result in monetary fines being assessed by the State.

The State of California website is <http://www.dir.ca.gov/dwc> where further information can also be found.

Important:

If you have not implemented the MPN within 30 days of receipt of this information, you must call (800) 608-9822 to notify our MPN Ombudsman of the status. Further information and assistance will be provided.

During any period the MPN is not implemented, the employer has additional legal obligations. Employees must be provided with written notification of other treatment rights, including a request for change of physician and notification of a personal chiropractor or acupuncturist.



If A Work Injury Occurs...

Benefits Include...

In The Event Of A Work Injury...

Medical Provider Networks.....

Claims Administrator:



AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT

California law guarantees certain benefits to employees who are injured or become ill because of their jobs. Workers' compensation covers any job-related injury - even first-aid type injuries and work-related illnesses, including physical or psychiatric injuries resulting from a workplace crime. It can be caused by one event, such as a fall, or repeated exposures, such as doing a repetitive motion over time. The key is whether it was caused by the job. (Some injuries from voluntary, off-duty, recreational, social or athletic activity- for example, the company bowling team- may not be covered. Check with your supervisor or the claims administrator listed below if you have questions.)

Medical Care: Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness, so you should never see a bill. Medical benefits may include treatment by a doctor, hospital services, lab tests, x-rays, physical therapy, and medicines, but there are limits on some medical services.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you will receive temporary disability payments. Temporary disability payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work or that your medical condition is "permanent and stationary." For most injuries, state law limits temporary disability payments to a maximum of 104 weeks within five years of the date of injury. These benefits are tax free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, subject to minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days unless you are hospitalized or cannot work for more than 14 days. If Temporary Disability benefits have been delayed, denied, or terminated you may be eligible for State Disability benefits. To learn more call 800-480-3287 or visit their website at www.EDD.ca.gov/disability/.

Payment for Permanent Disability: If your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will be based on the portion of your permanent disability that is directly attributable to your work and will also depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury. If your employer has 50 or more employees, and you were injured before 2013, the amount also may be affected by whether or not your employer makes a suitable return-to-work offer.

Supplemental Job Displacement Benefit: Once a doctor's report indicates that you have recovered as much as you are going to and that you have a permanent disability, within 60 days you may receive a form with an offer of regular, modified, or alternative work from your employer. If 60 days from receipt of your doctor's report there is no offer made for regular, modified, or alternative work, the administrator has 20 days to offer you a Supplemental Job Displacement Benefit or otherwise known as a 'voucher' for up to \$6000 that you can use for retraining or skill enhancement at a state-approved school or to help pay for other resources that can help you find a new job. If you qualify, your claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law. (Note: for pre-2013 injuries, you may qualify for a voucher if your injury results in a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after your temporary disability ends and your employer doesn't offer you appropriate modified, or alternative work. The amount of the voucher for a pre-2013 injury ranges from a minimum of \$4000 to a maximum of \$10,000, depending upon your level of permanent disability.)

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to individuals who were financially dependent on the worker. Workers' compensation also pays a burial allowance.

Return to Work Supplement: If your work injury results in a permanent disability and the state determines that your workers' compensation permanent disability benefit is too low compared to your loss of future earnings, you may qualify for additional money from the Return-to-Work Fund, approved by state lawmakers in 2012. This fund will be administered by the Department of Industrial Relations, and details on eligibility and how to apply will be included in state regulations, so if you have questions or think you may qualify, contact the local DWC Information and Assistance office listed below, or check the Division of Workers' Compensation web site at www.dwc.ca.gov for information.

1. For an ambulance, hospital, the fire department or the police, call 911. For non-emergency medical care refer to the medical contact information below, otherwise seek first aid from your employer.

Doctor/Clinic: _____ Telephone: _____
Address: _____

2. Report all injuries IMMEDIATELY to your supervisor or employer representative at _____ (phone number). Your employer is required to provide you with a claim form within one working day of learning of your injury, so insure your right to benefits by reporting every injury, no matter how slight, and request a claim form if it's more than a simple first-aid injury. There are time limits for notifying your employer about a work injury, so don't delay, as waiting to report may delay workers' compensation benefits and you may not be able to get benefits if you don't file a claim within one year of the date of injury, the date you knew the injury was work related, or the date benefits were last provided. Your employer must notify the claims administrator and authorize medical care consistent with applicable treatment guidelines within one working day of receiving a completed claim form and will direct you to a doctor or clinic if necessary. Until a claim is accepted or denied, employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment. If your claim or benefits are denied, you have a right to challenge the decision at the Workers' Compensation Appeals Board, but there are deadlines for filing the papers, so don't delay.

3. See your Primary Treating Physician (PTP). This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. You can be treated immediately by a predesignated personal doctor (medical doctor, doctor of osteopathic medicine, or multi-specialty medical group) who has treated you in the past and has your medical records if: 1) you have health care coverage for nonwork injuries and illnesses; 2) prior to the injury or illness your doctor agreed to treat you for work injuries and illnesses; and 3) you gave your employer the doctor's name and address in writing before the injury or illness. Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days, and the claims administrator will arrange your medical treatment, often by a specialist for the particular injury. Different rules regarding your medical care apply if you gave your employer the name of a personal doctor who is a chiropractor or acupuncturist, or if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a workers' compensation Medical Provider Network (MPN - see below), so check with your claims administrator in those situations.

4. Notify your claims administrator if you want to switch doctors. If you did not predesignate a personal physician and your employer does not use an HCO or an MPN, you can switch to a doctor of your choice 30 days after the injury is reported, or if you want to change doctors before then, your claims administrator will give you a list of doctors to choose from. If you are covered by an HCO or an MPN, your employer should provide you with information on those plans, including how to switch doctors.

5. See your employer representative or claims administrator if you have questions. It is illegal for an employer to fire or discriminate against you just because you file, intend to file, or settle a workers' compensation claim, or because you testify for a co-worker who was injured. If you prove this kind of discrimination, you may receive job reinstatement, lost wages and increased benefits, plus costs and expenses up to limits set by the state.

An MPN is a network of health care providers who treat workers injured on the job. If your employer is using an MPN and you have a predesignated personal physician, you may receive treatment from that doctor. If you do not have a predesignated personal physician and your employer has an MPN, you may switch to an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by your employer. If you are receiving treatment for an existing injury from a doctor who is not in the MPN, you may be required to change to a doctor within the MPN. If your employer has an MPN, you can use the contact information below to get more information:

Current MPN's toll-free number 866-671-5042 MPN Website: P.O. BOX 85251, SAN DIEGO, CA 92186

MPN Effective date: _____ Current MPN's address: _____

Name AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC Check if employer is self-insured

Telephone Number 866-671-5042 FAX 619-744-5030 Policy Expiration Date _____

If no claims administrator is listed above, and the employer is not self-insured, you may be able to find the name of the employer's workers' compensation insurer at www.caworkcompcoverage.com. If the workers' compensation policy has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement (DLSE). Look in your phone book under State Government/Industrial Relations/Labor Standards Enforcement or learn more at www.dir.ca.gov/dlse.

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information and Assistance

Officer, hear recorded information and get a list of local offices by calling (800) 736-7401, or learn more at

www.dwc.ca.gov. The nearest Information and Assistance Officer is located at:

Street Address _____ Telephone _____

Warning:

WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY

Anyone who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments IS guilty of a felony and may be fined and imprisoned.



Si Ocurre Una Lesión En El Trabajo....

Beneficios Incluyen....

En Caso De Una Lesión En El Trabajo...

Redes de proveedores médicos.....

Administrador de Reclamos:



AMERICAN
CLAIMS
MANAGEMENT

La ley de California garantiza determinados beneficios para los empleados que se lastiman o se enferman a causa de su trabajo. La compensación al trabajador cubre cualquier lesión relacionada al trabajo, aun el tipo que sólo requiere primeros auxilios, así como las enfermedades relacionadas con el trabajo, inclusive lesiones físicas o psiquiátricas que resultan de un crimen en la fábrica. Esta puede ser causada por un evento, tal como una caída, o exposiciones repetidas, tal como hacer un movimiento repetitivo a través del tiempo. La clave es si la lesión o enfermedad ha sido causada por el trabajo o no. (Algunas lesiones causadas por actividades voluntarias, fuera del trabajo, sociales o de atletismo, por ejemplo, el equipo de bolos de la compañía, posiblemente no estén cubiertas, si tiene alguna pregunta, consulte con su supervisor o con el administrador de reclamos cuyo nombre aparece más abajo.)

Atención médica. Su administrador de reclamos pagará todo cuidado médico razonable y necesario médico de su lesión o enfermedad de trabajo, así es que usted nunca debería ver una cuenta. Los beneficios médicos pueden incluir el tratamiento por un doctor, servicios del hospital, pruebas de laboratorio, radiografías, terapia física y medicinas, pero hay límites en algunos servicios médicos.

Pago para pérdida de salario. Si usted no puede trabajar mientras usted se recupera de una lesión o enfermedad en el trabajo, usted recibirá pagos temporarios de incapacidad. Los pagos por incapacidad temporal pueden cambiar o pueden parar cuando su doctor dice que usted puede volver a trabajar o que su condición médica es "permanente y estacionaria." Para la mayoría de lesiones, la estatal sólo permite incapacidad temporal a los pagos realizados por un máximo de 104 semanas dentro de cinco años desde la fecha de la lesión. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos temporarios de incapacidad son dos tercios de su promedio de paga semanal, sujetos a mínimos y máximos fijados por ley estatal. Los pagos no se efectúan para los primeros tres días, amenos que usted esté internado en un hospital o incapacitado para trabajar durante más de 14 días. Si los beneficios por Incapacidad Temporal se han demorado, denegado o cancelado usted puede ser elegible para beneficios de Incapacidad del Estado. Para obtener más información llame al 800-480-3287 o visite su sitio web en www.EDD.ca.gov/disability/.

Pago para una incapacidad permanente. Si la lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, usted puede recibir pagos adicionales. La cantidad se basará en la porción de su incapacidad permanente que es directamente atribuible a su trabajo y también depende del tipo de lesión, de su edad, de su ocupación, y de la fecha de la lesión. Si su empleador tiene 50 o más empleados, y usted se lesionó antes de 2013, su pago de beneficio también puede ser afectada por el hecho de que su empleador le haga o no una oferta de regresar a trabajar.

Beneficio suplementario de desplazo de empleo. Una vez que el informe médico indique que usted se ha recuperado tanto como sea posible y que usted tiene una discapacidad permanente, dentro de los siguientes 60 días usted recibirá un formulario con una oferta de empleo regular, modificado o alternativo por parte de su empleador. Si después de 60 días a partir de la fecha en que recibió el informe médico no le han hecho una oferta de empleo regular, modificado o alternativo, el administrador tiene 20 días para ofrecerle un Beneficio Suplementario por Destitución del Empleo, también conocido como un 'vale' por hasta \$6,000 que usted puede usar para capacitarse o mejorar sus habilidades en una escuela aprobada por el estado o para ayudar a pagar por otros recursos que le pueden ayudar a encontrar un empleo nuevo. Si usted califica, su administrador de reclamos pagará los costos hasta el máximo fijado por la ley estatal. (Nota: para lesiones anteriores al 2013, usted puede calificar para un vale si su lesión resulta en una discapacidad permanente que evite que usted regrese a trabajar dentro de los siguientes 60 días después de que su discapacidad temporal termine y su empleador no le haga el ofrecimiento de empleo modificado o alterno apropiado. La cantidad del vale para una lesión anterior al 2013 está en el rango de un mínimo de \$4,000 a un máximo de \$10,000, dependiendo de su nivel de discapacidad permanente.)

Beneficios si la lesión resulta en muerte. Si la lesión o enfermedad le causa la muerte, los pagos se le pueden hacer a las personas que dependían financieramente del trabajador. La compensación de trabajadores también proporciona una concesión de entierro.

Suplemento para Regresar al Trabajo: Si su lesión de trabajo resulta en una discapacidad permanente y el estado determina que sus beneficios por discapacidad por compensación al trabajador es demasiado bajo comparado con su pérdida de ingresos futuros, usted puede calificar para obtener dinero adicional del 'Fondo de Regreso al Trabajo', aprobado por los legisladores del estado en el 2012. Este fondo será administrado por el Departamento de Relaciones Industriales, y los detalles sobre la elegibilidad y cómo solicitarlo estarán incluidos en las regulaciones estatales, por lo que si usted tiene preguntas o cree que califica, contacte a la oficina local de Información y Asistencia de DWC enlistada debajo, o revise el sitio web de la División de Compensación al Trabajador Lesionado en www.dwc.ca.gov.

1. Para una ambulancia/hospital, los bomberos o la policía, llame al 911. Si necesita atención médica, pero no es una emergencia, consulte la información de contacto médicos listados abajo; de lo contrario, busque primeros auxilios de su empleador.
Doctor/Clinica: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____
2. Reporte todas las lesiones inmediatamente a su supervisor o representante del empleador a _____ (número de teléfono). A su empleador se le requiere proporcionarle un formulario de reclamación a más tardar un día laborable después de saber de su lesión, así es que asegure su derecho a beneficios informando cada lesión, por leve que sea, y solicite un formulario de reclamo si es más que una lesión sencilla de primeros auxilios.

Existen plazos para notificar a su empleador acerca de un accidente de trabajo, así que no demora, porque esperar que informe a su empleador puede retrasar los beneficios de compensación para trabajador es y es posible que usted no pueda obtener beneficios si usted no archiva un reclamo dentro de un año de la fecha en que usted supo que la lesión estaba relacionada con el trabajo, o la fecha en que los beneficios se le proporcionaron la última vez.

Su empleador debe notificar al administrador de reclamos y debe autorizar el tratamiento médico consistente con las pautas de tratamiento a más tardar un día hábil después de recibir el formulario de reclamo y se le dirigirá a un médico o clínica si es necesario. Hasta que un reclamo se acepte o se rechace, los empleados pueden ser responsables hasta por \$10,000 en tratamiento. Si su reclamo o beneficios se le niegan, usted tiene el derecho de impugnar la decisión con la Junta de Apelaciones para compensación de los trabajadores, pero existen plazos para archivar los papeles, así es que no se demore.

3. Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP). Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad. Puede recibir tratamiento inmediato de parte de un médico personal predesignado (Doctor de Medicina, Doctor de Osteopatía, o un grupo de múltiples especialidades medicas), pero un médico personal predesignado debe haber tratado en el pasado y tener su historial médico. Puede solamente tener un proveedor médico predesignado si: 1) usted tiene cobertura de atención médica para las lesiones no laborales y enfermedades; 2) antes que usted se lesionara su médico acordó tratarlo por sus lesiones y padecimientos de trabajo; y 3) usted le dio a su empleador el nombre y el domicilio del médico por escrito antes de la lesión. De lo contrario, su empleador tiene el derecho de seleccionar al médico que le proporcionará a su tratamiento médico para los primeros 30 días, y el administrador de reclamos hará los arreglos necesarios para el tratamiento médico, con frecuencia con un especialista que trata la lesión en particular. Aplican diferentes reglas con respecto a su atención médica si usted le proporcionó a su empleador el nombre de un médico personal que sea quiropráctico o acupunturista, o si su empleador está usando una Organización de Cuidado de la Salud (HCO, por sus siglas en inglés) o una Red de Proveedores Médicos de Compensación al Trabajador Lesionado (MPN, por sus siglas en inglés - vea debajo), así que asegúrese de revisar con su administrador en aquellas situaciones.

4. Siempre notifique a su administrador de reclamos si desea cambiar de médico. Si usted no ha predesignado un médico personal antes de lesión, y su empleador no usa una MPN o una HCO, usted puede cambiar a su propio doctor 30 días después de que la lesión se reporte, o si usted quiere cambiar doctores antes de eso, su administrador de reclamos le dará una lista de doctores de los cuales escoger. Si usted está cubierto por una HCO o una MPN, su empleador debe proporcionarle información sobre estos planes, incluyendo la manera de cambiar de médico.

5. Consulte al representante del empleador o al administrador de reclamos si tiene preguntas. Es ilegal que un empleador lo despidiera o discrimine contra usted solamente porque usted archive, piense archivar, o llegue a un acuerdo de un reclamo de compensación al trabajador, o porque usted testifique a favor de un compañero de trabajo que fue lesionado. Si usted prueba esta clase de discriminación, usted tendrá derecho a ser reinstaurado, los sueldos perdidos y beneficios aumentados, más costos y gastos hasta el máximo fijado por el estado. Una MPN es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador usa una MPN, y usted tiene un médico personal predesignado, usted puede recibir tratamiento de ese doctor. Si usted no tiene un médico personal predesignado, y su empleador usa una MPN, usted puede cambiar a un proveedor apropiado de la lista de proveedores de la MPN después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Si su empleador usa una MPN, usted puede usar la información de contacto que se indica abajo para obtener más información.

Número gratuito de la MPN: 866-671-5042 Página web de la MPN: _____

Fecha de vigencia de la: _____ Dirección de la MPN vigente: P.O. BOX 85251, SAN DIEGO, CA 92186

Nombre: AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC Marque aquí si la compañía tiene su propio seguro.

Número de teléfono: 866-671-5042 FAX 619-744-5030 Fecha de vencimiento de la póliza _____

Si la información sobre el administrador de reclamos no aparece arriba, y si la empresa no cuenta con su propio seguro, tal vez sea posible encontrar el nombre de la aseguradora de compensación de trabajadores de su empleador en www.caworkcompcoverage.com. Si la póliza de compensación al trabajador ha vencido, comuníquese con División para el Cumplimiento de las Normas Laborales (Division al Labor Standards Enforcement DLSE). Busque en el directorio telefónico bajo State Government/Industrial Relations/Labor Standards Enforcement o aprenda más en www.dlr.ca.gov/dlse.

Usted también puede obtener información gratuita de un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores, escuchar información grabada y obtener una lista de oficinas locales llamando al (800) 736-7401, o aprenda más en www.dwc.ca.gov. El oficial de información y asistencia más cercano se localiza en:

Dirección: _____ Teléfono: _____

DEFRAUDAR A COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR ES UN CRIMEN

Advertencia:

Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

Este aviso ha sido aprobado por el Director Administrativo de la División de Compensación al Trabajador.

All rights reserved. Rev. 1/13

AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.

Offers:

REWARD

**WORKERS'
COMPENSATION
CLAIMS
FRAUD**

\$1,000

***FOR INFORMATION LEADING TO THE ARREST AND CONVICTION OF ANY CO-WORKER,
HEALTH CARE PROFESSIONAL, OR ATTORNEY REPRESENTING A FRAUDULENT WORKERS'
COMPENSATION CLAIM TO AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.****

California law makes it a FELONY to make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement in order to obtain Workers' Compensation benefits (Insurance Code Section 1871.1). American Claims Management, Inc. believes that any party engaging in such fraud should be prosecuted to the fullest extent of the law, including JAIL SENTENCES.

Call our TOLL-FREE FRAUD HOTLINE immediately if you have information on a fraudulent claim. You, and all of us, reap the rewards of reducing workers' Compensation Fraud.

TOLL FREE:

1-866-671-5042

American Claims Management, Inc.

*Maximum reward of \$1,000 per conviction. In the event more than one individual submits information regarding the same fraudulent claim, American Claims Management, Inc. will equally divide the reward among those providing information used in obtaining the conviction. American Claims Management, Inc. reserves the right to determine what information, if any, will be provided to the appropriate law enforcement agency. Criminal prosecutions are the sole responsibility of the authorities and may or may not be pursued at their discretion. Any issues regarding the interpretation of this policy shall be resolved by American Claims Management, Inc. at their sole discretion. Programs subject to change or termination without prior notice.

LA COMPAÑIA DE SEGUROS
AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.

Ofrece:

RECOMPENSA

**DEMANDAS
FRAUDULENTAS DE
COMPENSACION DE
TRABAJADORES**

\$1,000

***POR INFORMACIONES QUE CONDUZCAN AL ARRESTO Y CONDENA DE CUALQUIER TRABAJADOR,
PROFESIONAL DE LA SALUD, O ABOGADO QUE PRESENTE UNA DEMANDA DE COMPENSACION
FRAUDULENTA POR ACCIDENTE DEL TRABAJO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.****

Las leyes de California declaran que es un DELITO GRAVE presentar o hacer que se presenten pruebas falsas o declaraciones fraudulentas para obtener beneficios de compensación pro accidentes del trabajo (Código de Seguros, Sección 1871.1). La Compañía de Seguros American Claims Management, Inc. considera que toda persona que participa en este tipo de fraude debe ser castigado con toda la fuerza de la ley, incluyendo SENTENCIAS DE CARCEL.

Llame gratis por nuestra LINEA DIRECTA PARA REPORTAR FRAUDES inmediatamente si usted tiene informaciones de una demanda fraudulenta. Usted y todos nosotros obtendremos el beneficio de reducir los fraudes en la compensación de trabajadores.

LLAMADA GRATIS:

1-866-671-5042

American Claims Management, Inc.

*La recompensa máxima es de \$1,000 por convicción. En caso de que más de una persona presente informaciones sobre la misma demanda fraudulenta, American Claims Management, Inc. dividirá la recompensa por partes iguales entre aquellas personas que aportaron informaciones para obtenerla convicción. American Claims Management, Inc. se reserva el derecho de determinar qué información presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsabilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse o no. *Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta oferta será resuelta por la propia Compañía de Seguros American Claims Management, Inc. Este programa está sujeto a cambios a a cancelación sin aviso previo.*

Everest National Insurance Company
PO Box 69
Orange, CA 92856
Tel: (800) 608-9822 Fax: (714) 371-9675



Dear Employer:

RE: Everest National Insurance Company Workers' Compensation Medical Provider Network (MPN)

As you may know, Everest National Insurance Company has a Medical Provider Network (MPN) and you are required to provide the MPN information to your employees, as this will benefit you and any injured employees.

In order to ensure a successful implementation of the program, it is imperative that you read the information and follow the instructions below. Failure to do so may jeopardize our ability to control the medical care an employee receives in the event of an industrial injury or illness. Should you need any clarification, please do not hesitate to contact our MPN Ombudsman at (800) 608-9822.

This MPN package has been mailed to your primary location. **Please distribute to all California office locations.**

Employer Information (left side of folder):

1. Employer Responsibilities: Intended for you to read, understand, and follow. Maintain for your records.
2. Employer Verification form: Once the information has been distributed to each employee, complete this form and submit to Everest National Insurance, Attn: MPN Ombudsman, PO Box 69, Orange, CA 92856, or fax to (714) 371-9675, or email to everestmpn@everestre.com. Maintain a copy for your records.
3. Transfer of Care and Continuity of Care Policies – Employee Overview: Maintain for your records. Further, these Policies must be made available to employees in the event they request a copy.
4. Predesignation of Personal Physician form: In the event an employee decides to predesignate, you need to provide him/her with this form (English or Spanish, as appropriate). Have the employee complete the form (including obtaining his/her physician signature) and return to you. Retain in employee's personnel file.

Employee Information (right side of folder):

A copy of the following handouts must be distributed to each current employee and any new hire in English or Spanish, as appropriate:

1. Initial Written Employee Notification Re: Medical Provider Network
2. Acknowledgement of Receipt of Medical Provider Network Materials: Employees must complete, sign and return to you. Retain in employee's personnel file.

I encourage you to contact us should you have any questions regarding the distribution of the information.

Sincerely,
Laura O'Leary
Laura O'Leary
Director, Managed Care

Attachments

**EVEREST NATIONAL INSURANCE COMPANY
MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN)**

EMPLOYER RESPONSIBILITIES

The MPN has been created to ensure your employees receive prompt access to treatment for any work-related injury or illness by health care professionals with specific experience in occupational health care. The goal is to have employees injured on the job receive appropriate treatment so they may return to work safely after the work-related injury or illness. Your help is needed to accomplish this goal.

The following information is designed to guide you through your MPN responsibilities and to assure that your employees receive appropriate notice and information regarding the MPN.

You **must distribute** the following information to each of your **current** employees, and to each **new** employee you hire throughout the year.

Initial Written Employee Notification Re: Medical Provider Network

- Each employee **must** receive this notice immediately. You may distribute the notice in a payroll stuffer or by a method that will ensure each employee receives it.
- If you offer a group health plan or insurance, you must advise the employee of his/her right to predesignate his/her own treating physician rather than use the MPN in the event of a work-related injury or illness. If the employee decides to predesignate his/her own personal physician, then the form titled, "**Predesignation of Personal Physician**", must be completed and returned to you. Retain the form in the employee's personnel file.

Acknowledgement of Receipt of Medical Provider Network Materials

- Each employee **must** complete and sign the form.
- Retain the completed form in the employee's personnel file.

Once the information has been distributed to each employee, please complete and submit the Employer Verification form to Everest National Insurance, Attn: MPN Ombudsman, PO Box 69, Orange, CA, 92856, or fax to (714) 371-9675, or email to everestmpn@everestre.com

You must retain and have available for review, upon employee request, the following information:

Transfer of Care Policy – Employee Overview

- The Transfer of Care Policy details what Everest National is required by law to do if one of your injured workers is treating with a provider who is not in the MPN when the MPN becomes effective.

Continuity of Care Policy – Employee Overview

- The Continuity of Care Policy details what Everest National is required by law to do if a provider that is terminated from the Everest National MPN is treating an injured worker.

IMPORTANT

NEW CALIFORNIA MEDICAL PROVIDER NETWORK REGULATIONS

PLEASE READ AND RESPOND

California law (*California Code of Regulations, Title 8, Section 9767.16*) requires employers notify all covered employees when there is a cessation or termination of a Medical Provider Network.

Prior to implementing your new MPN, the *Everest National MPN–ACM/Interplan* Medical Provider Network must submit a proposed “Employee Notice” to the Division of Workers Compensation (DWC) for approval.

In order to comply with this regulation and prepare this notice for approval by the DWC, we need your help in providing information concerning your prior carrier and their MPN, if any. Please include this information on the enclosed ***Employer Verification*** form and return to us as soon as possible.

We will provide you with an additional “Employee Notice” to be distributed to your California employees once the necessary approval is received from the DWC.

Please contact the MPN Ombudsman at (800) 608-9822 if you have any questions.

Employer Verification
Everest National Insurance Co – ACM / Interplan

This is to verify that our employees received the MPN information on _____
(Notification Date)

(Policy Number)

(Policy Period)

(Employer Name)

(Employer Telephone Number)

(Employer Address –street, city, state, zip)

(Employer Contact Name)

Prior Insurance Company

Prior MPN Name

Prior MPN Number (if known)

Prior Insurance Company did not have a Medical Provider Network (MPN)

Submit this form:

by mail to: Everest National Insurance Company
 Attn: MPN Ombudsman
 P.O. Box 69
 Orange, CA 92856

or fax to: (714) 371-9675

or e-mail to: EverestMPN@everestre.com

Transfer of Care Policy Employee Overview

Everest has established a Medical Provider Network (MPN) for any work related injuries its employees may sustain. Under Title 8 CCR 9767.9, if an employee has a workers' compensation injury prior to implementing the MPN, the injured worker may qualify to continue treating with the non-network provider under specific circumstances. This overview will provide information about the employer's MPN Transfer of Care Policy (TOCP) and the responsibilities under this policy.

Everest must submit a copy of its TOCP to the State for approval. Under this TOCP, Everest is responsible for providing information about its TOCP at the time of implementation or when the employee joins the organization. If at any time the employee wishes to receive more information about the TOCP, the employee may contact its employer for a copy of this overview.

If an employee has a work-related injury and is receiving treatment prior to the implementation of the employer's MPN, the employer will send a notice to alert the injured worker that they may qualify to continue treating with the non-network provider. Below are the exceptions:

1. If the injured worker has one of the following circumstances, the injured worker may qualify to continue treating with the treating provider even though the provider is not part of the MPN. The conditions include:
 - a. An acute medical condition involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a duration of not more than 90 days. Everest will authorize completion of the treatment for the duration of 90 days.
 - b. A serious, chronic medical condition that is due to a disease, illness, catastrophic injury, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over 90 days and requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Everest will authorize completion of treatment for a period of time up to one year and will make arrangements for transfer to another provider within the MPN, as soon as feasible. The one-year period for completion of treatment starts from the date of the employee's receipt of notification of a serious chronic condition, in accordance with 9767.9(e)(2).
 - c. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Everest will authorize completion of treatment for the duration of a terminal illness.
 - d. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days from the MPN coverage effective date. Everest will affirm continued treatment for a specified time frame after the regulation time frames have been met.
2. Upon notice of a non-network provider, Everest will advise the injured worker on the conditions and timeframe for continuing services with the non-network provider, where appropriate.
3. In the event there are conditions which would allow the injured worker to continue treatment with the non-network provider, Everest will contact the provider to affirm the provider's willingness to continue treatment.
4. Within the communication to the injured worker, Everest will advise the injured worker on the timeframe they will be authorized to continue treatment with the non-network provider. Nothing will prohibit Everest from extending the timeframe for continued treatment.
5. Upon authorization for continued treatment with the provider, Everest will agree to process non-network authorized bills accordingly. Everest will not agree to process bills for unauthorized care at an agreed upon rate or at the State's fee schedule.

6. If the provider is unwilling to continue treatment for the injured worker, Everest will advise the injured worker to seek treatment within the MPN. In such circumstances, Everest will not authorize continued services with the provider unwilling to continue treatment.
7. If the injured worker does not have a condition that would allow them to continue treating with the non-network provider, Everest will advise the injured worker to seek further care within the MPN.
8. If Everest decides to transfer the injured worker into the MPN, Everest will notify the injured worker regarding the duration for completion of treatment. All notifications will be sent to the injured worker's residence and primary treating physician. All notifications will be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.
9. If the injured worker disputes the medical determination, (s)he must request a report from the treating physician that addresses the conditions. The treating physician will provide the report to the injured worker within twenty calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the report, then the determination made by Everest shall apply.
10. If Everest or the injured worker objects to the medical determination by the treating physician, the dispute regarding the medical determination made by the treating physician concerning the transfer of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062.
11. If the treating physician agrees with Everest's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in section 1, the transfer of care shall go forward during the dispute resolution process.
12. If the treating physician does not agree with Everest's determination that the injured worker's medical condition does not meet the conditions, the transfer of care shall not go forward until the dispute is resolved.
13. Everest will make copies of their TOCP policies and procedures available upon request.

Transferencia del Plan de Atención Médica Información General para el Empleado

Everest ha establecido una Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) (MPN, por sus siglas en inglés) para cualquier clase de lesiones laborales que puedan sufrir sus empleados. Según el Título 8 del Código de Disposiciones Reglamentarias de California (CCR, por sus siglas en inglés) 9767.9, si un empleado tiene una indemnización por lesiones laborales previas a la implementación de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, es posible que el trabajador lesionado reúna los requisitos para la continuación del tratamiento con el proveedor desvinculado de la red bajo circunstancias específicas. Esta información general proporcionará información acerca de la Transferencia del Plan de Atención Médica (TOCP, por sus siglas en inglés) de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) del empleador y las responsabilidades según este plan.

Everest debe presentar una copia de su TOCP ante el Estado para su aprobación. Según dicha TOCP, Everest es responsable de facilitar información acerca de su TOCP en el momento de la implementación o cuando el empleado pasa a formar parte de la organización. Si el empleado desea recibir más información acerca de la TOCP, puede contactarse con su empleador para obtener una copia de esta información general.

Si un empleado sufre un accidente de trabajo y se encuentra recibiendo tratamiento antes de la implementación de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) del empleador, el empleador le enviará una notificación al trabajador lesionado para avisarle que reúne los requisitos para continuar el tratamiento con el proveedor desvinculado. A continuación, se describen las excepciones:

1. Si el trabajador lesionado se encuentra en una de las siguientes circunstancias, es posible que reúna los requisitos para continuar el tratamiento con el proveedor a cargo del mismo, aun cuando el proveedor ya no sea parte de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Las condiciones son las siguientes:
 - a. Una enfermedad aguda, que implica una repentina aparición de síntomas debido a enfermedad, lesión u otro problema médico, y que requiere atención médica inmediata y dura no más de 90 (noventa) días. Everest autorizará la finalización del tratamiento por un período de 90 (noventa) días.
 - b. Una enfermedad crónica grave, causada por enfermedad, dolencia, lesión catastrófica u otro problema o trastorno médico, que es de carácter grave y persiste sin una cura completa o empeora en un plazo de 90 (noventa) días, y requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro. Everest autorizará la finalización del tratamiento durante un período de hasta un año y hará los arreglos para la transferencia a otro proveedor dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) tan pronto como sea posible. El plazo de un año para la finalización del tratamiento comienza a partir de la fecha en que el empleado recibe notificación de una enfermedad crónica grave, conforme 9767.9(e)(2).
 - c. Una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible con muchas probabilidades de causar la muerte en un año o menos. Everest autorizará la finalización del tratamiento mientras dure la enfermedad terminal.
 - d. Intervención quirúrgica u otro procedimiento que la compañía de seguros o el empleador autoricen como parte de un tratamiento documentado y que el proveedor haya recomendado y documentado para llevarse a cabo dentro de los 180 (ciento ochenta) días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Everest ratificará la continuación del tratamiento durante un plazo específico una vez cumplidos los plazos reglamentarios.

2. Al recibir aviso de un proveedor desvinculado de la red, Everest le notificará al trabajador lesionado acerca de las condiciones y el plazo para la continuidad del servicio con el proveedor desvinculado de la red, según corresponda.
3. En el supuesto caso de que se den las condiciones que permitan al trabajador lesionado continuar el tratamiento con el proveedor desvinculado de la red, Everest se pondrá en contacto con el proveedor para ratificar la disposición del proveedor a continuar el tratamiento.
4. Como parte de la comunicación al trabajador lesionado, Everest le notificará al trabajador lesionado acerca del plazo de autorización para continuar el tratamiento con el proveedor desvinculado de la red. Nada le impedirá al Everest extender el plazo para la continuación del tratamiento.
5. A partir de la autorización para la continuación del tratamiento con el proveedor, Everest aceptará tramitar las facturas autorizadas del proveedor desvinculado de la red, según corresponda. {El Everest no aceptará tramitar facturas por atención médica sin autorización según una tarifa acordada o la tabla de tarifas del Estado.
6. Si el proveedor no está dispuesto a continuar el tratamiento para el trabajador lesionado, Everest le aconsejará al trabajador lesionado que solicite tratamiento dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. En tales circunstancias, Everest no autorizará la continuación de los servicios con el proveedor que no está dispuesto a continuar el tratamiento.
7. Si el trabajador lesionado no tiene una enfermedad que le permita continuar el tratamiento con el proveedor desvinculado de la red, Everest le aconsejará al trabajador lesionado que solicite nueva atención médica dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud.
8. Si Everest decide transferir al trabajador lesionado a la Red de Proveedores de Servicios de Salud, le notificará al trabajador lesionado acerca del plazo para la finalización del tratamiento. Todas las notificaciones se enviarán a la residencia del trabajador lesionado y al médico a cargo del tratamiento. Todas las notificaciones estarán escritas en inglés y español, y contendrán lenguaje accesible en lo posible.
9. Si el trabajador lesionado impugna la decisión médica, él o ella deben solicitar un informe del médico a cargo del tratamiento que determine las condiciones. El médico a cargo del tratamiento le entregará el informe al trabajador lesionado dentro de los 20 (veinte) días corridos a partir de la solicitud. Si el médico a cargo del tratamiento no entrega el informe, se aplicará la determinación del Everest.
10. Si Everest o el trabajador lesionado se oponen a la decisión médica del médico a cargo del tratamiento, el conflicto acerca de la decisión del médico a cargo del tratamiento concerniente a la transferencia del plan de atención médica se resolverá de conformidad con el artículo 4062 del Código Laboral.
11. Si el médico a cargo del tratamiento está de acuerdo con la determinación del Everest de que la enfermedad del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en las subdivisiones, la transferencia del plan de atención médica seguirá adelante durante el proceso de resolución de conflictos.
12. Si el médico a cargo del tratamiento no está de acuerdo con la resolución del Everest de que la enfermedad del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones, la transferencia del plan de atención médica no seguirá adelante hasta que se haya resuelto el conflicto.
13. Everest pondrá a disposición de los interesados copias de sus políticas y procedimientos para la TOCP.

Continuity of Care Policy Employee Overview

Everest has established a Medical Provider Network (MPN) for any work related injuries its employees may sustain. Under Labor Code 4616.2, if an employee has an injury and the treating provider terminates from the MPN, the injured worker may qualify to continue treating with the terminated provider under specific circumstances. This overview will provide information about the employer's MPN Continuity of Care Policy (COCP) and the responsibilities under this policy.

Everest must submit a copy of its COCP to the State for approval. Under this COCP, Everest is responsible for providing information about its COCP at least 30 days prior to implementation, when the employee joins the organization, when an employee transfers into the MPN or when the employee has a work-related injury or illness. If, at any time the employee wishes to receive more information about the COCP, the employee may contact its employer for a copy of this overview.

If an employee has a work-related injury and is receiving treatment from a provider who terminates the employer's MPN, the employer will send a notice to alert the injured worker whether they qualify to continue treating with the terminated provider. Below are the exceptions:

1. If the MPN terminated a provider because of disciplinary reasons, fraud or criminal activity, Everest will advise the injured worker to seek care with another MPN provider.
2. If the injured worker has the following circumstances, the injured worker may continue treating with the treating provider even though the provider has terminated the MPN. The conditions include the following:
 - An acute condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has duration less than 90 days. Completion of treatment shall be provided for the acute condition for the duration of less than 90 days.
 - A serious chronic condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over an extended period of time of at least 90 days or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment shall be provided for a period of time necessary to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another provider, as determined by the insurer or employer in consultation with the injured employee and the terminated provider and consistent with good professional practice. Completion of treatment under this paragraph shall not exceed 12 months from the contract termination date.
 - A terminal illness. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment shall be provided for the duration of a terminal illness.
 - Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.
3. Upon notice of a terminated provider, Everest will review the claim and conditions and determine whether the injured worker may continue to seek treatment with the non-network provider. The employer or insurer shall notify the covered employee of the determination regarding the completion of treatment and whether or not the employee will be required to select a new provider from within the MPN.
4. The notification shall be sent to injured worker's residence and primary treating physician. The notification shall be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.
5. Everest will contact the provider to confirm whether the provider is unwilling or incapable of continuing treatment for the injured worker.

6. Based on the provider's response, Everest will advise the injured worker whether continued treatment with the non-network provider is authorized. The notification will be sent to the injured worker's residence and a copy of the letter shall be sent to the injured worker's primary treating provider.
7. If the terminated provider agrees to continue treating the injured worker and if the injured covered employee disputes the medical determination, the injured worker shall request a report from the primary treating physician. The report shall address whether the covered employee falls within any of the conditions of an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness or a performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment, and that has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.
8. The treating physician shall provide the report to the covered employee within twenty calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the report, then the determination made by the employer or insurer shall apply.
9. If the employer, insurer or injured worker objects to the medical determination by the treating physician, this dispute resolution process will follow the rules under Labor Code §4062. More details regarding §4062 procedure will be provided at the onset of any dispute.
10. If the treating physician agrees with the employer's or insurer's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in Labor Code section 4616.2(d)(3), the employee shall choose a new provider from within the MPN during the dispute resolution process.
11. If the treating physician does not agree with the employer's or insurer's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in section 2, the injured covered employee shall continue to treat with the terminated provider until the dispute is resolved.
12. Everest will agree to process authorized bills accordingly at an agreed upon rate or at the State's fee schedule. Everest's will not agree to process bills for unauthorized care.
13. Copies of this overview are available upon request.

Continuidad del Plan de Atención Médica Información General para el Empleado

Everest ha establecido una Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN, por sus siglas en inglés) para cualquier clase de lesiones laborales que puedan sufrir sus empleados. Según el Código Laboral 4616.2, si un empleado sufre una lesión y el proveedor del tratamiento se desvincula de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, es posible que el trabajador lesionado reúna los requisitos para la continuación del tratamiento con el proveedor desvinculado bajo circunstancias específicas. Esta información general proporcionará información acerca de la Continuidad del Plan de Atención Médica (COCP, por sus siglas en inglés) de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) del empleador y las responsabilidades según este plan.

Everest debe presentar una copia de su COCP ante el Estado para su aprobación. Según dicha COCP, Everest es responsable de facilitar información acerca de su COCP al menos 30 (treinta) días antes de la implementación, cuando el empleado pasa a formar parte de la organización, cuando un empleado se transfiere a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) o cuando el empleado sufre una lesión o enfermedad relacionadas con su trabajo. Si el empleado desea recibir más información acerca de la COCP, puede contactarse con su empleador para obtener una copia de esta información general.

Si un empleado sufre un accidente de trabajo y se encuentra recibiendo tratamiento de un proveedor que se desvincula de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) del empleador, éste enviará una notificación para avisarle al trabajador lesionado si reúne los requisitos para continuar el tratamiento con el proveedor desvinculado. A continuación, se describen las excepciones:

1. Si la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) desvinculó a un proveedor debido a razones disciplinarias, estafa o actividad delictiva, Everest le aconsejará al trabajador lesionado que solicite atención médica a otro proveedor de la Red de Proveedores de Servicios de Salud.
2. Si el trabajador lesionado se encuentra en las siguientes circunstancias, puede continuar el tratamiento con el proveedor a cargo del mismo, aun cuando el proveedor se haya desvinculado de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Las condiciones son las siguientes:
 - Enfermedad aguda. Una enfermedad aguda es una afección que implica una repentina aparición de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico, y que requiere atención médica inmediata y dura menos de 90 (noventa) días. Se proveerá el tratamiento completo de la enfermedad aguda durante un período menor a los 90 (noventa) días.
 - Enfermedad crónica grave. Una enfermedad crónica grave es un estado, causado por una enfermedad, dolencia u otro problema o trastorno médico, que es de carácter grave y persiste sin una cura completa o empeora a lo largo de un extenso período de al menos 90 (noventa) días, o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o evitar el deterioro. Se proveerá el tratamiento completo durante el período necesario para finalizar dicho tratamiento y organizar una transferencia segura a otro proveedor, según lo determine la compañía de seguros o el empleador tras consultar al empleado lesionado y al proveedor desvinculado, y de acuerdo con el buen ejercicio de la medicina. Según este párrafo, la finalización del tratamiento no debe exceder los 12 (doce) meses a partir de la fecha de rescisión del contrato.
 - Enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible con muchas probabilidades de causar la muerte en un año o menos. Se proveerá el tratamiento completo mientras dure la enfermedad terminal.
 - Intervención quirúrgica u otro procedimiento que la compañía de seguros o el empleador autoricen como parte de un tratamiento documentado, y que el proveedor haya recomendado y documentado para llevarse a cabo dentro de los 180 (ciento ochenta) días a partir de la fecha de rescisión del contrato.
3. Al recibir aviso de un proveedor desvinculado de la red, Everest examinará el reclamo y las condiciones, y determinará si el trabajador lesionado puede solicitar tratamiento al proveedor que ya no pertenece a la red. El empleador o la compañía de seguros deberá notificarle al empleado cubierto la decisión con respecto a la finalización del tratamiento y si el empleado tendrá que elegir un nuevo proveedor dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) o no.

4. Se deberá enviar la notificación a la residencia del trabajador lesionado y al médico a cargo del tratamiento. La notificación deberá estar escrita en inglés y en español, y contener un lenguaje accesible en lo posible.
5. Everest se pondrá en contacto con el proveedor para confirmar si el mismo no está dispuesto a continuar el tratamiento para el trabajador lesionado o es incapaz de hacerlo.
6. De acuerdo con la respuesta del proveedor, Everest le notificará al trabajador lesionado si está autorizado a continuar el tratamiento con el proveedor desvinculado de la red. Se enviará la notificación a la residencia del trabajador lesionado y se deberá enviar una copia de la carta al proveedor primario a cargo del tratamiento del trabajador lesionado.
7. Si el proveedor desvinculado acepta continuar el tratamiento del trabajador lesionado y si el empleado cubierto lesionado impugna la decisión médica, el trabajador lesionado deberá solicitar un informe del médico a cargo del tratamiento. El informe deberá determinar si el empleado cubierto padece alguna de las condiciones de enfermedad aguda, enfermedad crónica grave, enfermedad terminal, o necesita una intervención quirúrgica u otro procedimiento que la compañía de seguros o el empleador autoricen como parte de un tratamiento documentado y que el proveedor haya recomendado y documentado para llevarse a cabo dentro de los 180 (ciento ochenta) días a partir de la fecha de rescisión del contrato.
8. El médico a cargo del tratamiento deberá entregarle el informe *al* empleado cubierto dentro de los 20 (veinte) días corridos a partir de la solicitud. Si el médico a cargo del tratamiento no entrega el informe, se aplicará la resolución del empleador o de la compañía de seguros.
9. Si el empleador, la compañía de seguros o el trabajador lesionado se oponen a la decisión médica del médico a cargo del tratamiento, el proceso de resolución de este conflicto cumplirá con el reglamento del Código Laboral §4062. Al comienzo de cualquier conflicto, se proporcionarán más detalles acerca del proceso §4062.
10. Si el médico a cargo del tratamiento está de acuerdo con la resolución del empleador o de la compañía de seguros de que la enfermedad del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en la sección 4616.2(d)(3) del Código Laboral, el empleado deberá elegir un nuevo proveedor perteneciente a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) durante el proceso de resolución de conflictos.
11. Si el médico a cargo del tratamiento no está de acuerdo con la resolución del empleador o de la compañía de seguros de que la enfermedad del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en la sección 4616.2(d)(3) del Código Laboral, el empleado cubierto lesionado deberá continuar tratándose con el proveedor desvinculado hasta que se resuelva el conflicto.
12. Everest aceptará tramitar las facturas autorizadas según corresponda y conforme a una tarifa acordada o la tabla de honorarios del Estado. Everest no aceptará tramitar facturas por atención médica sin autorización.
13. Hay copias disponibles de esta información general a solicitud de los interesados

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

In the event you sustain an injury or illness related to your employment, you may be treated for such injury or illness by your personal medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.), or medical group if:

- your employer offers group health coverage;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

You may use this form to notify your employer if you wish to have your personal medical doctor or a doctor of osteopathic medicine treat you for a work-related injury or illness and the above requirements are met.

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee (complete this section)

To: _____
(Name of Employer)

If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(Name of Doctor) (Indicate Doctor's Specialty - M.D., D.O., or Medical Group)

(Street Address, City, State, Zip)

(Telephone Number)

****Note To Employer:** Retain the completed form in employee's personnel file.

Employee Name (please print)

Employee Address

Employee Signature

Date

Physician: I agree to this Predesignation:

Physician or Designated Employee of Physician or Medical Group Signature

Date

****Note To Physician or Designated Employee of the Physician:** The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated is required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

Tal como resultado despues usted sostiene una herida o la enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado para tal herida o enfermedad por su doctor medico personal (M.D.), doctor en medicina osteopatica (D.O.), o grupo medico si:

- su empleador ofrece cobertura de salud de grupo;
- el doctor es su medico regular, que sera medico que ha limitado su practica de la medicina a la practica general o quien es un internista certificado por bordo o elegible de bordo, el pediatra, el ginecologo-obesetrico, o el medico de cabecera, y ha dirigido antes su tratamiento medico y retiene sus archivos medicos;
- un grupo médico si esto es una corporación sola o la sociedad formada de doctores autorizados o medicina o osteopatía, que hace funcionar una multiespecialidad integrada grupo médico que proporciona servicios médicos completos predominantemente para enfermedades para ocupacionales y heridas;
- previo a la herida su doctor consiente en tratarle para heridas de trabajo o enfermedades;
- antes de la herida usted proporcionó a su patron el siguiente por escrito: (1) note que usted quiere que su doctor personal le trate para una herida relacionada con el trabajo o enfermedad, y (2) el nombre de su doctor personal y domicilio comercial.

Usted puede usar esta forma para notificar a su patron si usted desea tener a su doctor medico personal o un doctor en la medicina osteopatica le tratan para una herida relacionada con el trabajo o enfermedad y las susodichas exigencias son encontradas.

NOTIFICACION PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

El empleado (complete esta sección)

Para: _____
(El nombre de Empleador)

Si tengo una herida o enfermedad trabajo-relacionados, yo escojo ser tratado por:

(El Nombre de Médico) (Indique la especialidad de el doctor - M.D., D.O., o Grupo Medico)

(La Dirección de la Calle, la Ciudad, el Estado, Codigo Postal)

(El Número de Teléfono)

****Note To Employer:** Retain the completed form in employee's personnel file.

El Nombre del Empleado (por favor impresión)

Dirección de Empleado

Firma de Empleado Fecha

Physician: I agree to this Predesignation:

Physician or Designated Employee of Physician or Medical Group Signature Date

****Note To Physician or Designated Employee of the Physician:** The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician or medical group does not sign, other documentation of the physician's agreement to be predesignated is required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

<p style="text-align: center;">Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness</p>

**Everest National Insurance Company
Initial Written Employee Notification Re: Medical Provider Network
(Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)**

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). This MPN is administered by American Claims Management, Inc. and Interplan Health Group. Your employer's workers' compensation carrier is Everest National Insurance Company. This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in choosing medical care for work-related injuries and illnesses.

- **What is a MPN?**

A Medical Provider Network (MPN) is a group of health care providers (physicians and other medical providers) used by your employer to treat workers injured on the job. Each MPN must include a mix of doctors specializing in work-related injuries and doctors with expertise in general areas of medicine.

MPNs must allow employees to have a choice of providers.

- **How do I find out which doctors are in my MPN?**

The contact for your MPN is:

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestire.com

The MPN contact listed above will be able to answer your questions about the MPN and will help you obtain a regional list of all MPN doctors in your area. At minimum, the regional listing must include a list of all MPN providers within 15 miles of your workplace and/or residence or a list of all MPN providers within the county where you live and/or work. You may choose which list you wish to receive.

You can get the list of MPN providers by calling the MPN contact or by going to our website at:

1. Go to www.pponetwork.com/everest
2. Click on Provider Search
3. Enter address at the bottom of the page and click Search

You also have the right to a complete listing of all of the MPN providers upon request.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

- **What happens if I am injured at work?**

In case of an emergency, you should call 911 or go to the closest emergency room. If you are injured at work, notify your employer as soon as possible. Your employer will provide you with a claim form. When you notify your employer that you have had a work-related injury, your employer or insurer will make an initial appointment with a doctor in the MPN.

- **How do I choose a provider?**

After the first medical visit, you may continue to be treated by this doctor, or you may choose another doctor from the MPN. You may continue to choose doctors within the MPN for all of your medical care for this injury. If appropriate, you may choose a specialist or ask your treating doctor for a referral to a specialist. If you need help in choosing a doctor you may call the claim examiner or the MPN contact.

- **Can I change providers?**

Yes. You can change providers within the MPN for any reason, but the providers you choose should be appropriate to treat your injury.

- **What standards does the MPN have to meet?**

The MPN has providers for the entire state of California.

The MPN must give you a regional list of providers that includes at least three physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The MPN must provide access to primary physicians within 15 miles and specialists within 30 miles. If you live in a rural area there may be a different standard.

The MPN must provide initial treatment within 3 days. You must receive specialist treatment within 20 days of your request. If you have trouble getting an appointment, contact the claim examiner.

- **What if there are no MPN providers where I am located?**

If you are temporarily working or living outside the MPN service area or in a rural area, the MPN contact or your treating doctor will give you a list of at least three physicians who can treat you. You can change or obtain second and third opinions from among the referred physicians. The MPN may also allow you to choose your own doctor outside of the MPN network. Contact your MPN contact for assistance in finding a physician or for additional information.

- **What if I need a specialist not in the MPN?**

If you need to see a specialist that is not available in the MPN, you have the right to see a specialist outside of the MPN.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

- **What if I disagree with my doctor about medical treatment?**

If you disagree with your doctor or wish to change your doctor for any reason, you may choose another doctor within the MPN.

If you disagree with either the *diagnosis or treatment* prescribed by your doctor, you may ask for a second opinion from another doctor within the MPN. If you want a second opinion, you must contact the claim examiner and tell them you want a second opinion. The claim examiner should give you at least a regional MPN provider list from which you can choose a second opinion doctor. To get a second opinion, you must choose a doctor from the MPN list and make an appointment within 60 days. You must tell the claim examiner of your appointment date, and the claim examiner will send the doctor a copy of your medical records. You can request a copy of your medical records that will be sent to the doctor.

If you do not make an appointment within 60 days of receiving the regional provider list, you will not be allowed to have a second or third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If the second opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the doctor's office will notify your employer or insurer. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.

If you disagree with the second opinion, you may ask for a third opinion. If you request a third opinion, you will go through the same process you went through for the second opinion.

Remember that if you do not make an appointment within 60 days of obtaining another MPN provider list, then you will not be allowed to have a third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If you disagree with the third opinion doctor, you may ask for an Independent Medical Review (IMR). Your employer or claim examiner will give you information on requesting an Independent Medical Review and a form at the time you request a third opinion.

If either the second or third opinion doctor agrees with your need for a treatment or test, you will be allowed to receive that medical service from a provider inside the MPN, including the second or third opinion physician.

If the Independent Medical Reviewer supports your need for a treatment or test, you may receive that care from a doctor inside or outside of the MPN.

- **What if I am already being treated for a work-related injury before the MPN begins?**

Your employer or insurer has a "*Transfer of Care*" policy that will determine if you can continue being temporarily treated for an existing work-related injury by a physician outside of the MPN before your care is transferred into the MPN.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

If you have properly predesignated a primary treating physician, you cannot be transferred into the MPN. If you have questions about predesignation, ask your supervisor. If your current doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see a MPN physician.

If your employer decides to transfer you into the MPN, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of the transfer.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with a non-MPN physician for up to a year before you are transferred into the MPN. The qualifying conditions to postpone the transfer of your care into the MPN are listed below.

- **Can I continue being treated by my doctor?**

You may qualify for continuing treatment with your non-MPN provider (through Transfer of Care or Continuity of Care) for up to a year if your injury or illness meets any of the following conditions:

- **(Acute)** The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days;
- **(Serious or chronic)** Your injury or illness is one that is serious and continues for at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year, until a safe transfer of care can be made;
- **(Terminal)** You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one year or less;
- **(Pending Surgery)** You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the MPN effective date, or the termination of contract date between the MPN and your doctor.

You can disagree with your employer's decision to transfer your care into the MPN. If you don't want to be transferred into the MPN, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to qualify for a postponement of your transfer into the MPN.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, the employer can transfer your care into the MPN and you will be required to use a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care. If you or your employer disagrees with your doctor's report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Transfer of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the entire Transfer of Care policy, ask your MPN contact.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

- **What if I am being treated by a MPN doctor who decides to leave the MPN?**

Your employer or insurer has a written “*Continuity of Care*” policy that will determine whether you can temporarily continue treatment for an existing work injury with your doctor if your doctor is no longer participating in the MPN.

If your employer decides that you do not qualify to continuing your care with the non-MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter of notification.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must switch to MPN physicians. These conditions are stated above, “***Can I continue being treated by my doctor?***”

You can disagree with your employer’s decision to deny you Continuity of Care with the terminated MPN provider. If you want to continue treating with the terminated doctor, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to see if you qualify to continue treating with your current doctor temporarily.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her medical report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, the employer can transfer your care into the MPN and you will be required to use a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care into the MPN. If you or your employer disagrees with your doctor’s report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Continuity of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the entire Continuity of Care policy, ask your MPN contact.

- **What if I have questions or need help?**

- **MPN Contact:** You may always contact the claim examiner or the MPN contact if you need help or an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness.

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestire.com

- **Employer’s MPN website:**

1. Go to www.pponetwork.com/everest
2. Click on Provider Search
3. Enter address at the bottom of the page and click Search

<p style="text-align: center;">Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)</p>
--

- **Division of Workers' Compensation (DWC):** If you have concerns, complaints or questions regarding the MPN, the notification process, or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call DWC's Information and Assistance at 800-736-7401. You can also go to DWC's website at www.dir.ca.gov/dwc and click on "Medical Provider Networks" for more information about MPNs.

- **Independent Medical Review:** If you have questions about the Independent Medical Review process, contact the Division of Workers' Compensation's Medical Unit at: P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612, (510) 286-3700 or (800) 794-6900.

Keep this information in case you have a work-related injury or illness.

**Acknowledgement of Receipt of Medical Provider Network Materials
Everest National Insurance Company – ACM / Interplan**

I, _____, received the Everest National Insurance Company
(Employee Name)
MPN information from my employer, _____, on _____
(Employer Name) (Date)

Employee Information:

(Employee's Name – Please PRINT)

(Employee's Date of Birth) _____
(Employee's Date of Hire)

I have read and understand the MPN information given to me.

(Employee Signature) _____
(Date)

(Note to Employer: Retain the completed form in employee's personnel file)

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo
--

Respuesta a la Notificación Inicial Escrita para el Empleado por parte del Everest National Insurance Company: Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN)
(Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9767.12)

La ley de California le exige al empleador que le proporcione y les pague el tratamiento médico a los empleados que sufrieron una lesión en el trabajo. Su empleador ha decidido suministrar dichos servicios médicos por medio de la red de médicos del Seguro de Indemnización por accidentes de trabajo, conocida como Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN – por sus siglas en inglés). Esta Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) está administrada por American Claims Management, Inc., y Interplan Health Group. El nombre de su empleador o de la aseguradora de riesgos de trabajo de su empleador es Everest National Insurance Company. Esta notificación le explica lo que necesita saber acerca del programa la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN), y da a conocer sus derechos a elegir tratamiento médico para la enfermedad ocupacional o la lesión causada por el trabajo.

- **¿Qué es una Red de Proveedores de Servicios de Salud?**

Su empleador utiliza la Red de Proveedores de Servicios Médicos, la cual está formada por un equipo profesionales de la salud (médicos y otros proveedores de servicios salud), para atender a los empleados que se lesionaron en el trabajo. Cada Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe tener un grupo de médicos que se especialicen en lesiones relacionadas con el trabajo, así como también profesionales con experiencia en las ramas generales de la medicina.

La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe permitir que los empleados puedan elegir entre distintos proveedores de servicios de salud.

- **¿Cómo averiguo cuáles son los médicos que se encuentran en mi Red de Proveedores De Servicios de Salud?**

El contacto de su Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) es:

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestire.com

El contacto de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) que se consigna en esta notificación podrá contestarle las dudas acerca de esta red, y lo ayudará a conseguir una lista regional de todos los médicos de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) de su área. Como mínimo, el listado regional debe incluir una lista de todos los prestadores de servicios de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) que se encuentren en un radio de 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia, o una lista de los prestadores de servicios que se encuentren en el condado donde usted reside y/o trabaja. Puede elegir la lista que desee.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

Usted puede obtener la lista de proveedores de la Red llamando a su contacto o consultando nuestro sitio web:

1. Valla a www.pponetwork.com/everest
2. Oprima en Provider Search
3. Entre en su dirección en el fondo de la página, y oprima en Search.

Además, tiene derecho a solicitar una lista completa de todos los prestadores de servicios la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN).

- **¿Qué ocurre si sufro un accidente en el trabajo?**

En caso de emergencia, llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más cercana. Si sufre un accidente en el trabajo, hágaselo saber a su empleador lo más pronto posible. Su empleador le otorgará un formulario de reclamo. Cuando le notifica a su empleador que sufrió un accidente de trabajo, éste o la aseguradora concertarán una cita inicial con un médico de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN).

- **¿Cómo elijo un prestador?**

Luego de la primera visita al médico, puede continuar el tratamiento con dicho profesional, o puede elegir otro médico de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN). A su vez, puede seguir eligiendo los médicos que se encuentren dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) para que realicen todos los tratamientos que requiera a causa de dicho accidente. Si es necesario, puede elegir un especialista o solicitarle al médico encargado del tratamiento una derivación a un especialista. Si necesita ayuda para elegir un médico, puede llamar al examinador del reclamo o el contacto de MPN.

- **¿Puedo cambiar de proveedor?**

Sí. Puede cambiar de proveedores dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) por cualquier motivo; pero, los prestadores de servicio que elija deben estar capacitados para tratar su lesión.

- **¿Qué normas debe cumplir la Red de Proveedores de Servicios de Salud?**

La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) tiene prestadores de servicio en todo el estado de California.

Dicha red debe brindarle una lista regional de prestadores de servicio en la que se incluyan, por lo menos, tres médicos de cada especialidad que generalmente traten lesiones/enfermedades relacionadas con el trabajo en su industria. La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe brindarle acceso a los médicos de cabecera que se encuentren en un radio de 15 millas de su área y a los especialistas que se ubiquen en un radio de 30 millas de su área. Si vive en una zona rural, las normas pueden variar.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo
--

La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe brindar el tratamiento inicial en un plazo de 3 días. Debe recibir tratamiento especializado en un plazo de 20 días, contados a partir de la fecha en que solicita dicho tratamiento. Si tiene problemas consiguiendo un cita, comuníquese con el examinador del reclamo.

- **¿Qué ocurre si no hay prestadores de servicios de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) donde me encuentro?**

En caso de que esté trabajando o viviendo, en forma temporal, fuera del área de servicio de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) o en una zona rural, la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) o el médico encargado del tratamiento le otorgarán una lista de por lo menos tres médicos que pueden atenderlo. Puede cambiar u obtener una segunda y tercera opinión de los médicos antes mencionados. La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) también le permite elegir un médico que no se encuentre dentro de la red. Póngase en contacto con la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) si necesita ayuda para conseguir un médico o para obtener más información.

- **¿Qué ocurre si necesito un especialista que no forma parte de la Red de Proveedores de Servicios de Salud?**

Si necesita la atención de un especialista que no se encuentra disponible en la Red de Proveedores de Servicios de Salud, tiene derecho a atenderse con uno que no pertenezca a la red.

- **¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con el tratamiento del médico?**

Si no está conforme con su médico, o desea cambiar de profesional por cualquier motivo, puede elegir otro médico que pertenezca a la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Si no está de acuerdo con el *diagnóstico o el tratamiento* indicado por el médico, puede solicitar una segunda opinión de otro profesional perteneciente a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN). Si desea obtener una segunda opinión, debe comunicarse con el examinador del reclamo y decirles que una segunda opinión. El examinador del reclamo debe darle una lista regional de Proveedores de MPN de la cual pueda elegir al médico para la segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debe elegir un médico de la lista antes mencionada y solicitar un cita dentro de los 60 días. Debe informarle al examinador del reclamo de la fecha de la cita para que se le envíe una copia de sus registros medicos. Puede solicitar una copia de la historia clínica que se le enviará al profesional.

Si no solicita la cita dentro de los 60 días contados a partir de que recibe la lista regional de prestadores de servicios, no podrá obtener una segunda o tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento en disputa con el médico tratante.

Si el médico que brinda la segunda opinión cree que su lesión no se encuentra dentro de la clase de lesión que normalmente trata, el consultorio del médico le informará sobre esto a su empleador o aseguradora. Se le otorgará otra lista de médicos o especialistas de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) para que pueda realizar otra elección.

<p style="text-align: center;">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera. Si solicita una tercera opinión, tendrá que proceder de la misma forma que para la segunda.

Recuerde que si no solicita la cita dentro de los 60 días contados a partir de que recibe la lista regional de prestadores, no podrá obtener una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento en disputa con el médico tratante.

En caso de no estar de acuerdo con la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR – por sus siglas en inglés). Su empleador o el examinador del reclamo le dará información en solicitar una Revisión Médica Independiente, y una forma en el tiempo que usted solicite una tercera opinión.

Si el médico que brinda la segunda o la tercera opinión está de acuerdo con que necesita un tratamiento o un análisis, podrá recibir dicho servicio médico de un profesional perteneciente a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN), entre los que se incluyen los médicos que brindan la segunda o la tercera opinión.

Si el Oficial que realiza la Revisión Médica Independiente afirma que necesita un tratamiento o un análisis, podrá recibir dicha atención de un médico que se encuentre dentro o fuera de la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

- **¿Qué ocurre si me encuentro bajo tratamiento por un accidente de trabajo antes de que comience la cobertura de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN)?**

El empleador o la aseguradora tienen una política de “*Transferencia de la Atención Médica*” que determinará si puede continuar el tratamiento, en forma temporaria, por una lesión causada por el trabajo existente con un médico que no pertenezca a la Red de Proveedores de Servicios de Salud, antes de que la atención se transfiera a la red.

Si con anterioridad designó correctamente a un médico de cabecera para realizar el tratamiento, no puede ser transferido a la Red de Proveedores de Servicios de Salud. (Si tiene alguna duda acerca de la predesignación, pregúntele a su supervisor). Si su médico actual no es un miembro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, o no se convierte en uno, entonces se le exigirá que saque cita con un profesional de la red.

Si su empleador decide transferirlo a la Red de Proveedores de Servicios de Salud, usted y su médico de cabecera deberán recibir una carta en la que se le notifique dicha transferencia.

Si cumple con ciertos requisitos, tendrá derecho a continuar el tratamiento con un médico que no sea miembro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) por un plazo máximo de un año antes de ser transferido a dicha red. Los requisitos de calificación para postergar la transferencia de su atención médica a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) se encuentran en el cuadro que aparece a continuación.

<p style="text-align: center;">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>

- **¿Me puedo seguir atendiendo con mi médico?**

Tiene derecho a continuar el tratamiento con un profesional que no pertenezca a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) (a través de la transferencia o la continuidad de la atención) por un plazo máximo de un año, si su lesión o enfermedad cumple con los siguientes requisitos:

- **(Aguda)** El tratamiento de su lesión o enfermedad termina en menos de 90 días;
- **(Grave o crónica)** La lesión o la enfermedad es grave y continúa por un plazo de al menos 90 días sin una cura total, o ésta empeora y requiere un tratamiento prolongado. Se le permitirá que su médico lo siga atendiendo por un plazo de un año hasta que se realice una transferencia segura de la atención;
- **(Terminal)** Padece una enfermedad incurable o un cuadro irreversible que puede causar el fallecimiento en un año o menos;
- **(Cirugía Pendiente)** Tiene que someterse a una cirugía u otro procedimiento autorizado por el empleador o la aseguradora, que se llevará a cabo en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN), o del vencimiento de la fecha del contrato suscrito por la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) y su médico.

Puede estar en desacuerdo con la decisión de su empleador acerca de la transferencia de la atención médica a la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Si no desea que lo transfieran a la red, solicítele un informe médico a su doctor de cabecera para que consigne que usted cumple con uno de los requisitos antes mencionados; entonces podrá postergar su transferencia a la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Su médico de cabecera tiene un plazo de 20 días, contados a partir de la fecha de su solicitud, para entregarle una copia del informe en el que establece su estado de salud. Si su médico no le otorga el informe dentro del plazo mencionado, su empleador puede transferirlo a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) y se le exigirá que se atienda con un médico de la red.

Tendrá que entregarle una copia de dicho informe a su empleador si desea postergar la transferencia de su atención médica. Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe del médico de cabecera, en el cual se establece su estado de salud, cualquiera de las partes podrá ponerlo en cuestión. Lea la versión completa de la política de transferencia de la atención médica para obtener más información acerca del proceso de resolución de controversias.

Si desea una copia completa de dicha política, solicítesela al Contacto de Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo
--

- **¿Qué ocurre si el médico de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) que me atiende decide abandonar la red?**

El empleador o la aseguradora cuentan con una política escrita de "*Continuidad de la Atención*" que determinará si puede continuar el tratamiento con su médico en forma temporaria, por una lesión de trabajo existente, aunque éste ya no participe en la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Si su empleador decide que no califica para continuar atendiéndose con un profesional que no es miembro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, se le notificará la decisión a usted y a su médico de cabecera.

Si cumple con ciertos requisitos, tendrá derecho a continuar atendiéndose con este médico por un plazo máximo de un año antes de que comience la cobertura de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Estos requisitos se establecen en el cuadro que aparece con anterioridad, "**¿Me puedo seguir atendiendo con mi médico?**"

Puede estar en desacuerdo con la decisión de su empleador de negarle que continúe atendiéndose con el profesional que se retiró de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Si desea continuar atendiéndose con dicho profesional, solicítele a su médico de cabecera un informe en el que consigne que usted cumple con uno de los requisitos antes mencionados, para que pueda tener derecho a seguir tratándose con su médico actual por un tiempo.

Su médico de cabecera tiene un plazo de 20 días, contados a partir de la fecha de su solicitud, para entregarle una copia del informe en el que establece su estado de salud. Si su médico no le otorga el informe dentro del plazo mencionado, su empleador puede transferirlo a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) y se le exigirá que se atienda con un médico de la red.

Tendrá que entregarle una copia de dicho informe a su empleador si desea postergar la transferencia de su atención médica a la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe del médico de cabecera, en el cual se establece su estado de salud, cualquiera de las partes podrá ponerlo en cuestión. Lea la versión completa de la política de Continuidad de la Atención Médica para obtener más información acerca del proceso de resolución de controversias.

Si desea una copia completa de dicha política, solicítesela al Contacto de la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

- **¿Qué debo hacer si tengo alguna duda o necesito ayuda?**
 - **Contacto de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN):** Puede comunicarse con el examinador del reclamo o el contacto de MPN si necesita alguna ayuda o explicación acerca de su tratamiento médico para su lastimadura de trabajo o enfermedad.

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestre.com

<p style="text-align: center;">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>

- **Sitio de Internet de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) del Empleador:**
 1. Valla a www.pponetwork.com/everest
 2. Oprima en [Provider Search](#)
 3. Entre en su dirección en el fondo de la página, y oprima en [Search](#).

- **División de Indemnización para los Trabajadores (DWC – por sus siglas en inglés):** Si tiene alguna duda, queja o pregunta acerca de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, el proceso de notificación o el tratamiento médico que debe realizar luego de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, puede llamar a la oficina de Información y Asistencia de la División de Indemnización para los Trabajadores al 800-736-7401. También puede visitar el sitio de Internet de la División de Indemnización para los Trabajadores www.dir.ca.gov/dwc, en el cual debe hacer clic en “redes de proveedores de servicios médicos” para obtener más información sobre la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

- **Revisión Médica Independiente:** Si tiene alguna duda acerca del proceso de Revisión Médica Independiente, póngase en contacto con la Unidad Médica de la División de Indemnización para los trabajadores: P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612, teléfono (510) 286-3700 o (800) 794-6900.

Conserve esta información en caso de que sufra una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

**El Reconocimiento de Recibo de Materiales de La Red de Proveedores Medicos
Everest National Insurance Company – ACM / Interplan**

Yo _____, recibi de parte de Everest National Insurance Company
(Nombre del empleado)

MPN informacion de parte de mi empleador, _____ el _____
(Nombre del empleador) (Fecha)

Informacion del empleado:

(Nombre del empleado – EN LETRA DE MOLDE, por favor)

(Fecha de nacimiento)

(Fecha de empleo)

He leído y entendido la MPN informacion dada a mi.

(Firma del empleado)

(Fecha)

(Nota al Empleador: Retenga la forma completada en el archivo personal del empleado)

<p style="text-align: center;">Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness</p>

**Everest National Insurance Company
Initial Written Employee Notification Re: Medical Provider Network
(Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)**

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). This MPN is administered by American Claims Management, Inc. and Interplan Health Group. Your employer's workers' compensation carrier is Everest National Insurance Company. This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in choosing medical care for work-related injuries and illnesses.

- **What is a MPN?**

A Medical Provider Network (MPN) is a group of health care providers (physicians and other medical providers) used by your employer to treat workers injured on the job. Each MPN must include a mix of doctors specializing in work-related injuries and doctors with expertise in general areas of medicine.

MPNs must allow employees to have a choice of providers.

- **How do I find out which doctors are in my MPN?**

The contact for your MPN is:

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestire.com

The MPN contact listed above will be able to answer your questions about the MPN and will help you obtain a regional list of all MPN doctors in your area. At minimum, the regional listing must include a list of all MPN providers within 15 miles of your workplace and/or residence or a list of all MPN providers within the county where you live and/or work. You may choose which list you wish to receive.

You can get the list of MPN providers by calling the MPN contact or by going to our website at:

1. Go to www.pponetwork.com/everest
2. Click on Provider Search
3. Enter address at the bottom of the page and click Search

You also have the right to a complete listing of all of the MPN providers upon request.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

- **What happens if I am injured at work?**

In case of an emergency, you should call 911 or go to the closest emergency room. If you are injured at work, notify your employer as soon as possible. Your employer will provide you with a claim form. When you notify your employer that you have had a work-related injury, your employer or insurer will make an initial appointment with a doctor in the MPN.

- **How do I choose a provider?**

After the first medical visit, you may continue to be treated by this doctor, or you may choose another doctor from the MPN. You may continue to choose doctors within the MPN for all of your medical care for this injury. If appropriate, you may choose a specialist or ask your treating doctor for a referral to a specialist. If you need help in choosing a doctor you may call the claim examiner or the MPN contact.

- **Can I change providers?**

Yes. You can change providers within the MPN for any reason, but the providers you choose should be appropriate to treat your injury.

- **What standards does the MPN have to meet?**

The MPN has providers for the entire state of California.

The MPN must give you a regional list of providers that includes at least three physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The MPN must provide access to primary physicians within 15 miles and specialists within 30 miles. If you live in a rural area there may be a different standard.

The MPN must provide initial treatment within 3 days. You must receive specialist treatment within 20 days of your request. If you have trouble getting an appointment, contact the claim examiner.

- **What if there are no MPN providers where I am located?**

If you are temporarily working or living outside the MPN service area or in a rural area, the MPN contact or your treating doctor will give you a list of at least three physicians who can treat you. You can change or obtain second and third opinions from among the referred physicians. The MPN may also allow you to choose your own doctor outside of the MPN network. Contact your MPN contact for assistance in finding a physician or for additional information.

- **What if I need a specialist not in the MPN?**

If you need to see a specialist that is not available in the MPN, you have the right to see a specialist outside of the MPN.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

- **What if I disagree with my doctor about medical treatment?**

If you disagree with your doctor or wish to change your doctor for any reason, you may choose another doctor within the MPN.

If you disagree with either the *diagnosis or treatment* prescribed by your doctor, you may ask for a second opinion from another doctor within the MPN. If you want a second opinion, you must contact the claim examiner and tell them you want a second opinion. The claim examiner should give you at least a regional MPN provider list from which you can choose a second opinion doctor. To get a second opinion, you must choose a doctor from the MPN list and make an appointment within 60 days. You must tell the claim examiner of your appointment date, and the claim examiner will send the doctor a copy of your medical records. You can request a copy of your medical records that will be sent to the doctor.

If you do not make an appointment within 60 days of receiving the regional provider list, you will not be allowed to have a second or third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If the second opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the doctor's office will notify your employer or insurer. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.

If you disagree with the second opinion, you may ask for a third opinion. If you request a third opinion, you will go through the same process you went through for the second opinion.

Remember that if you do not make an appointment within 60 days of obtaining another MPN provider list, then you will not be allowed to have a third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If you disagree with the third opinion doctor, you may ask for an Independent Medical Review (IMR). Your employer or claim examiner will give you information on requesting an Independent Medical Review and a form at the time you request a third opinion.

If either the second or third opinion doctor agrees with your need for a treatment or test, you will be allowed to receive that medical service from a provider inside the MPN, including the second or third opinion physician.

If the Independent Medical Reviewer supports your need for a treatment or test, you may receive that care from a doctor inside or outside of the MPN.

- **What if I am already being treated for a work-related injury before the MPN begins?**

Your employer or insurer has a "*Transfer of Care*" policy that will determine if you can continue being temporarily treated for an existing work-related injury by a physician outside of the MPN before your care is transferred into the MPN.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

If you have properly predesignated a primary treating physician, you cannot be transferred into the MPN. If you have questions about predesignation, ask your supervisor. If your current doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see a MPN physician.

If your employer decides to transfer you into the MPN, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of the transfer.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with a non-MPN physician for up to a year before you are transferred into the MPN. The qualifying conditions to postpone the transfer of your care into the MPN are listed below.

- **Can I continue being treated by my doctor?**

You may qualify for continuing treatment with your non-MPN provider (through Transfer of Care or Continuity of Care) for up to a year if your injury or illness meets any of the following conditions:

- **(Acute)** The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days;
- **(Serious or chronic)** Your injury or illness is one that is serious and continues for at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year, until a safe transfer of care can be made;
- **(Terminal)** You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one year or less;
- **(Pending Surgery)** You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the MPN effective date, or the termination of contract date between the MPN and your doctor.

You can disagree with your employer's decision to transfer your care into the MPN. If you don't want to be transferred into the MPN, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to qualify for a postponement of your transfer into the MPN.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, the employer can transfer your care into the MPN and you will be required to use a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care. If you or your employer disagrees with your doctor's report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Transfer of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the entire Transfer of Care policy, ask your MPN contact.

Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness (cont'd)

- **What if I am being treated by a MPN doctor who decides to leave the MPN?**

Your employer or insurer has a written “*Continuity of Care*” policy that will determine whether you can temporarily continue treatment for an existing work injury with your doctor if your doctor is no longer participating in the MPN.

If your employer decides that you do not qualify to continuing your care with the non-MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter of notification.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must switch to MPN physicians. These conditions are stated above, “***Can I continue being treated by my doctor?***”

You can disagree with your employer’s decision to deny you Continuity of Care with the terminated MPN provider. If you want to continue treating with the terminated doctor, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to see if you qualify to continue treating with your current doctor temporarily.

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her medical report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, the employer can transfer your care into the MPN and you will be required to use a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care into the MPN. If you or your employer disagrees with your doctor’s report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Continuity of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the entire Continuity of Care policy, ask your MPN contact.

- **What if I have questions or need help?**

- **MPN Contact:** You may always contact the claim examiner or the MPN contact if you need help or an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness.

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everest.com

- **Employer’s MPN website:**

1. Go to www.pponetwork.com/everest
2. Click on Provider Search
3. Enter address at the bottom of the page and click Search

**Important Information about Medical Care if you have a
Work-Related Injury or Illness (cont'd)**

- **Division of Workers' Compensation (DWC):** If you have concerns, complaints or questions regarding the MPN, the notification process, or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call DWC's Information and Assistance at 800-736-7401. You can also go to DWC's website at www.dir.ca.gov/dwc and click on "Medical Provider Networks" for more information about MPNs.

- **Independent Medical Review:** If you have questions about the Independent Medical Review process, contact the Division of Workers' Compensation's Medical Unit at: P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612, (510) 286-3700 or (800) 794-6900.

Keep this information in case you have a work-related injury or illness.

**Acknowledgement of Receipt of Medical Provider Network Materials
Everest National Insurance Company – ACM / Interplan**

I, _____, received the Everest National Insurance Company
(Employee Name)
MPN information from my employer, _____, on _____
(Employer Name) (Date)

Employee Information:

(Employee's Name – Please PRINT)

(Employee's Date of Birth) _____
(Employee's Date of Hire)

I have read and understand the MPN information given to me.

(Employee Signature) _____
(Date)

(Note to Employer: Retain the completed form in employee's personnel file)

<p align="center">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>
--

**Respuesta a la Notificación Inicial Escrita para el Empleado por parte del Everest
National Insurance Company: Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN)**
(Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9767.12)

La ley de California le exige al empleador que le proporcione y les pague el tratamiento médico a los empleados que sufrieron una lesión en el trabajo. Su empleador ha decidido suministrar dichos servicios médicos por medio de la red de médicos del Seguro de Indemnización por accidentes de trabajo, conocida como Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN – por sus siglas en inglés). Esta Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) está administrada por American Claims Management, Inc., y Interplan Health Group. El nombre de su empleador o de la aseguradora de riesgos de trabajo de su empleador es Everest National Insurance Company. Esta notificación le explica lo que necesita saber acerca del programa la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN), y da a conocer sus derechos a elegir tratamiento médico para la enfermedad ocupacional o la lesión causada por el trabajo.

- **¿Qué es una Red de Proveedores de Servicios de Salud?**

Su empleador utiliza la Red de Proveedores de Servicios Médicos, la cual está formada por un equipo profesionales de la salud (médicos y otros proveedores de servicios salud), para atender a los empleados que se lesionaron en el trabajo. Cada Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe tener un grupo de médicos que se especialicen en lesiones relacionadas con el trabajo, así como también profesionales con experiencia en las ramas generales de la medicina.

La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe permitir que los empleados puedan elegir entre distintos proveedores de servicios de salud.

- **¿Cómo averiguo cuáles son los médicos que se encuentran en mi Red de Proveedores De Servicios de Salud?**

El contacto de su Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) es:

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestre.com

El contacto de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) que se consigna en esta notificación podrá contestarle las dudas acerca de esta red, y lo ayudará a conseguir una lista regional de todos los médicos de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) de su área. Como mínimo, el listado regional debe incluir una lista de todos los prestadores de servicios de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) que se encuentren en un radio de 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia, o una lista de los prestadores de servicios que se encuentren en el condado donde usted reside y/o trabaja. Puede elegir la lista que desee.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo

Usted puede obtener la lista de proveedores de la Red llamando a su contacto o consultando nuestro sitio web:

1. Valla a www.pponetwork.com/everest
2. Oprima en Provider Search
3. Entre en su dirección en el fondo de la página, y oprima en Search.

Además, tiene derecho a solicitar una lista completa de todos los prestadores de servicios la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN).

- **¿Qué ocurre si sufro un accidente en el trabajo?**

En caso de emergencia, llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más cercana. Si sufre un accidente en el trabajo, hágaselo saber a su empleador lo más pronto posible. Su empleador le otorgará un formulario de reclamo. Cuando le notifica a su empleador que sufrió un accidente de trabajo, éste o la aseguradora concertarán una cita inicial con un médico de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN).

- **¿Cómo elijo un prestador?**

Luego de la primera visita al médico, puede continuar el tratamiento con dicho profesional, o puede elegir otro médico de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN). A su vez, puede seguir eligiendo los médicos que se encuentren dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) para que realicen todos los tratamientos que requiera a causa de dicho accidente. Si es necesario, puede elegir un especialista o solicitarle al médico encargado del tratamiento una derivación a un especialista. Si necesita ayuda para elegir un médico, puede llamar al examinador del reclamo o el contacto de MPN.

- **¿Puedo cambiar de proveedor?**

Sí. Puede cambiar de proveedores dentro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) por cualquier motivo; pero, los prestadores de servicio que elija deben estar capacitados para tratar su lesión.

- **¿Qué normas debe cumplir la Red de Proveedores de Servicios de Salud?**

La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) tiene prestadores de servicio en todo el estado de California.

Dicha red debe brindarle una lista regional de prestadores de servicio en la que se incluyan, por lo menos, tres médicos de cada especialidad que generalmente traten lesiones/enfermedades relacionadas con el trabajo en su industria. La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe brindarle acceso a los médicos de cabecera que se encuentren en un radio de 15 millas de su área y a los especialistas que se ubiquen en un radio de 30 millas de su área. Si vive en una zona rural, las normas pueden variar.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo
--

La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) debe brindar el tratamiento inicial en un plazo de 3 días. Debe recibir tratamiento especializado en un plazo de 20 días, contados a partir de la fecha en que solicita dicho tratamiento. Si tiene problemas consiguiendo un cita, comuníquese con el examinador del reclamo.

- **¿Qué ocurre si no hay prestadores de servicios de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) donde me encuentro?**

En caso de que esté trabajando o viviendo, en forma temporal, fuera del área de servicio de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) o en una zona rural, la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) o el médico encargado del tratamiento le otorgarán una lista de por lo menos tres médicos que pueden atenderlo. Puede cambiar u obtener una segunda y tercera opinión de los médicos antes mencionados. La Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) también le permite elegir un médico que no se encuentre dentro de la red. Póngase en contacto con la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) si necesita ayuda para conseguir un médico o para obtener más información.

- **¿Qué ocurre si necesito un especialista que no forma parte de la Red de Proveedores de Servicios de Salud?**

Si necesita la atención de un especialista que no se encuentra disponible en la Red de Proveedores de Servicios de Salud, tiene derecho a atenderse con uno que no pertenezca a la red.

- **¿Qué ocurre si no estoy de acuerdo con el tratamiento del médico?**

Si no está conforme con su médico, o desea cambiar de profesional por cualquier motivo, puede elegir otro médico que pertenezca a la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Si no está de acuerdo con el *diagnóstico o el tratamiento* indicado por el médico, puede solicitar una segunda opinión de otro profesional perteneciente a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN). Si desea obtener una segunda opinión, debe comunicarse con el examinador del reclamo y decirles que una segunda opinión. El examinador del reclamo debe darle una lista regional de Proveedores de MPN de la cual pueda elegir al médico para la segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debe elegir un médico de la lista antes mencionada y solicitar un cita dentro de los 60 días. Debe informarle al examinador del reclamo de la fecha de la cita para que se le envíe una copia de sus registros medicos. Puede solicitar una copia de la historia clínica que se le enviará al profesional.

Si no solicita la cita dentro de los 60 días contados a partir de que recibe la lista regional de prestadores de servicios, no podrá obtener una segunda o tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento en disputa con el médico tratante.

Si el médico que brinda la segunda opinión cree que su lesión no se encuentra dentro de la clase de lesión que normalmente trata, el consultorio del médico le informará sobre esto a su empleador o aseguradora. Se le otorgará otra lista de médicos o especialistas de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) para que pueda realizar otra elección.

<p style="text-align: center;">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera. Si solicita una tercera opinión, tendrá que proceder de la misma forma que para la segunda.

Recuerde que si no solicita la cita dentro de los 60 días contados a partir de que recibe la lista regional de prestadores, no podrá obtener una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento en disputa con el médico tratante.

En caso de no estar de acuerdo con la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR – por sus siglas en inglés). Su empleador o el examinador del reclamo le dará información en solicitar una Revisión Médica Independiente, y una forma en el tiempo que usted solicite una tercera opinión.

Si el médico que brinda la segunda o la tercera opinión está de acuerdo con que necesita un tratamiento o un análisis, podrá recibir dicho servicio médico de un profesional perteneciente a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN), entre los que se incluyen los médicos que brindan la segunda o la tercera opinión.

Si el Oficial que realiza la Revisión Médica Independiente afirma que necesita un tratamiento o un análisis, podrá recibir dicha atención de un médico que se encuentre dentro o fuera de la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

- **¿Qué ocurre si me encuentro bajo tratamiento por un accidente de trabajo antes de que comience la cobertura de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN)?**

El empleador o la aseguradora tienen una política de “*Transferencia de la Atención Médica*” que determinará si puede continuar el tratamiento, en forma temporaria, por una lesión causada por el trabajo existente con un médico que no pertenezca a la Red de Proveedores de Servicios de Salud, antes de que la atención se transfiera a la red.

Si con anterioridad designó correctamente a un médico de cabecera para realizar el tratamiento, no puede ser transferido a la Red de Proveedores de Servicios de Salud. (Si tiene alguna duda acerca de la predesignación, pregúntele a su supervisor). Si su médico actual no es un miembro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, o no se convierte en uno, entonces se le exigirá que saque cita con un profesional de la red.

Si su empleador decide transferirlo a la Red de Proveedores de Servicios de Salud, usted y su médico de cabecera deberán recibir una carta en la que se le notifique dicha transferencia.

Si cumple con ciertos requisitos, tendrá derecho a continuar el tratamiento con un médico que no sea miembro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) por un plazo máximo de un año antes de ser transferido a dicha red. Los requisitos de calificación para postergar la transferencia de su atención médica a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) se encuentran en el cuadro que aparece a continuación.

<p style="text-align: center;">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>

- **¿Me puedo seguir atendiendo con mi médico?**

Tiene derecho a continuar el tratamiento con un profesional que no pertenezca a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) (a través de la transferencia o la continuidad de la atención) por un plazo máximo de un año, si su lesión o enfermedad cumple con los siguientes requisitos:

- **(Aguda)** El tratamiento de su lesión o enfermedad termina en menos de 90 días;
- **(Grave o crónica)** La lesión o la enfermedad es grave y continúa por un plazo de al menos 90 días sin una cura total, o ésta empeora y requiere un tratamiento prolongado. Se le permitirá que su médico lo siga atendiendo por un plazo de un año hasta que se realice una transferencia segura de la atención;
- **(Terminal)** Padece una enfermedad incurable o un cuadro irreversible que puede causar el fallecimiento en un año o menos;
- **(Cirugía Pendiente)** Tiene que someterse a una cirugía u otro procedimiento autorizado por el empleador o la aseguradora, que se llevará a cabo en un plazo de 180 días contados a partir de la fecha de entrada en vigencia de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN), o del vencimiento de la fecha del contrato suscrito por la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) y su médico.

Puede estar en desacuerdo con la decisión de su empleador acerca de la transferencia de la atención médica a la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Si no desea que lo transfieran a la red, solicítele un informe médico a su doctor de cabecera para que consigne que usted cumple con uno de los requisitos antes mencionados; entonces podrá postergar su transferencia a la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Su médico de cabecera tiene un plazo de 20 días, contados a partir de la fecha de su solicitud, para entregarle una copia del informe en el que establece su estado de salud. Si su médico no le otorga el informe dentro del plazo mencionado, su empleador puede transferirlo a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) y se le exigirá que se atienda con un médico de la red.

Tendrá que entregarle una copia de dicho informe a su empleador si desea postergar la transferencia de su atención médica. Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe del médico de cabecera, en el cual se establece su estado de salud, cualquiera de las partes podrá ponerlo en cuestión. Lea la versión completa de la política de transferencia de la atención médica para obtener más información acerca del proceso de resolución de controversias.

Si desea una copia completa de dicha política, solicítesela al Contacto de Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo
--

- **¿Qué ocurre si el médico de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) que me atiende decide abandonar la red?**

El empleador o la aseguradora cuentan con una política escrita de "*Continuidad de la Atención*" que determinará si puede continuar el tratamiento con su médico en forma temporaria, por una lesión de trabajo existente, aunque éste ya no participe en la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

Si su empleador decide que no califica para continuar atendiéndose con un profesional que no es miembro de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, se le notificará la decisión a usted y a su médico de cabecera.

Si cumple con ciertos requisitos, tendrá derecho a continuar atendiéndose con este médico por un plazo máximo de un año antes de que comience la cobertura de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Estos requisitos se establecen en el cuadro que aparece con anterioridad, "**¿Me puedo seguir atendiendo con mi médico?**"

Puede estar en desacuerdo con la decisión de su empleador de negarle que continúe atendiéndose con el profesional que se retiró de la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Si desea continuar atendiéndose con dicho profesional, solicítele a su médico de cabecera un informe en el que consigne que usted cumple con uno de los requisitos antes mencionados, para que pueda tener derecho a seguir tratándose con su médico actual por un tiempo.

Su médico de cabecera tiene un plazo de 20 días, contados a partir de la fecha de su solicitud, para entregarle una copia del informe en el que establece su estado de salud. Si su médico no le otorga el informe dentro del plazo mencionado, su empleador puede transferirlo a la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) y se le exigirá que se atienda con un médico de la red.

Tendrá que entregarle una copia de dicho informe a su empleador si desea postergar la transferencia de su atención médica a la Red de Proveedores de Servicios de Salud. Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe del médico de cabecera, en el cual se establece su estado de salud, cualquiera de las partes podrá ponerlo en cuestión. Lea la versión completa de la política de Continuidad de la Atención Médica para obtener más información acerca del proceso de resolución de controversias.

Si desea una copia completa de dicha política, solicítesela al Contacto de la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

- **¿Qué debo hacer si tengo alguna duda o necesito ayuda?**
 - **Contacto de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN):** Puede comunicarse con el examinador del reclamo o el contacto de MPN si necesita alguna ayuda o explicación acerca de su tratamiento médico para su lastimadura de trabajo o enfermedad.

MPN Ombudsman
PO Box 69
Orange, CA 92856
(800) 608-9822
everestmpn@everestre.com

<p style="text-align: center;">Información Importante acerca de la Atención Médica para personas que sufren Una Enfermedad Ocupacional o un Accidente de Trabajo</p>

- **Sitio de Internet de la Red de Proveedores de Servicios de Salud (MPN) del Empleador:**
 1. Valla a www.pponetwork.com/everest
 2. Oprima en [Provider Search](#)
 3. Entre en su dirección en el fondo de la página, y oprima en [Search](#).

- **División de Indemnización para los Trabajadores (DWC – por sus siglas en inglés):** Si tiene alguna duda, queja o pregunta acerca de la Red de Proveedores de Servicios de Salud, el proceso de notificación o el tratamiento médico que debe realizar luego de una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, puede llamar a la oficina de Información y Asistencia de la División de Indemnización para los Trabajadores al 800-736-7401. También puede visitar el sitio de Internet de la División de Indemnización para los Trabajadores www.dir.ca.gov/dwc, en el cual debe hacer clic en “redes de proveedores de servicios médicos” para obtener más información sobre la Red de Proveedores de Servicios de Salud.

- **Revisión Médica Independiente:** Si tiene alguna duda acerca del proceso de Revisión Médica Independiente, póngase en contacto con la Unidad Médica de la División de Indemnización para los trabajadores: P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612, teléfono (510) 286-3700 o (800) 794-6900.

Conserve esta información en caso de que sufra una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

**El Reconocimiento de Recibo de Materiales de La Red de Proveedores Medicos
Everest National Insurance Company – ACM / Interplan**

Yo _____, recibi de parte de Everest National Insurance Company
(Nombre del empleado)

MPN informacion de parte de mi empleador, _____ el _____
(Nombre del empleador) (Fecha)

Informacion del empleado:

(Nombre del empleado – EN LETRA DE MOLDE, por favor)

(Fecha de nacimiento)

(Fecha de empleo)

He leído y entendido la MPN informacion dada a mi.

(Firma del empleado)

(Fecha)

(Nota al Empleador: Retenga la forma completada en el archivo personal del empleado)