



# Employee Injury Action Checklist

## 1) Before an Incident/Injury Occurs:

- Post the enclosed document entitled "If A Work Injury Occurs" in a conspicuous place within the establishment for employees to reference (English & Spanish).

## 2) Immediately Upon an Incident/Injury Occurring:

- Give employee a copy of the Medical Provider Network (MPN) Guide (*blue paper*).
- Complete the Medical Authorization Form and send it with the injured employee to the treating medical facility (*orange paper*).

## 3) After Sending Employee to Medical Facility:

- Keep in touch with the injured employee in order to obtain wellness status.
- Claim Submission (**including** first aid claims):
  - Contact the treating medical facility to inquire if the incident can be treated as first aid; provide billing information if necessary.
  - Complete Form 5020 (*yellow paper*) online at [www.crmbc.com](http://www.crmbc.com) (this form may also be requested directly from ACM). Claims can be submitted via phone, fax, email, or the member portal. See enclosed document entitled "How to Submit a Claim Online" for ACM contact information and instructions on how to submit a claim online.
  - Supply employee with the DWC-1 Form (*green paper*). California law requires that the DWC-1 Form be given to the employee within 24 hours of the injury being reported to the employer. The injured employee needs to complete the Employee section, and an authorized person needs to complete the Employer section of the form. This form must be completed and submitted to ACM for all claims other than first aid.
- If applicable, return employee to work performing current job functions or provide modified work duty for employee based on medical provider restrictions. Contact Bob Gardner from Loss Prevention Specialists at 1-800-592-0047 or at [bob@lps-safety.com](mailto:bob@lps-safety.com) for more information.
- If fraud is suspected, anonymously call the Fraud Hotline (details located on fraud poster).

## 4) 24 Hours After Incident/Injury Occurs:

- Contact medical provider regarding work status of employee. Offer employee modified positions that follow all work restrictions. Return employee to full duty as soon as possible.
- If you are not contacted by an adjuster within 48 hours please notify ACM (see enclosed document for ACM contact information).
- Request that the injured employee physically submit work status reports to a supervisor after **each** doctor's visit.

**\*Note:** Remember to keep open communication with the employee throughout the **entire** claims process regarding their wellness and any change in wellness status. Report all updates to the claims adjuster immediately.



# IF A WORK INJURY OCCURS

## 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.

## BENEFITS INCLUDE

**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/](http://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](http://www.dwc.ca.gov) for information.

## IN THE EVENT OF A WORK INJURY

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 pre-designated 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 non work 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 pre-designate 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.

## MEDICAL PROVIDER NETWORKS

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 pre-designated personal physician, you may receive treatment from that doctor. If you do not have a pre-designated 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: 1.866.671.5042

MPN Website: www.ACMClaims.com

MPN Effective date: Inception Date of Policy

Current MPN's address: P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186

## CLAIMS ADMINISTRATOR

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](http://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](http://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](http://www.dwc.ca.gov). The nearest Information and Assistance Officer is located at:

Street Address: \_\_\_\_\_

Telephone: \_\_\_\_\_

## 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.

## 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.

## BENEFICIOS INCLUYEN

**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, aménos 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/](http://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](http://www.dwc.ca.gov).

## EN CASO DE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO

**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 proporcionar 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 demore, 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 médicas), pero un médico personal predesignado debe haber tratado a usted 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 enfermedad; 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 despidan 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.

## REDES DE PROVEEDORES MÉDICOS

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: 1.866.671.5042

Página web de la MPN: www.ACMClaims.com

Fecha de vigencia de la: Fecha de inicio de la política

Dirección de la MPN vigente: P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186

## ADMINISTRADOR DE RECLAMOS

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 trabajadores de su empleador en [www.caworkcompcoverage.com](http://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](http://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](http://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

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.

## Complete Employee Guide to Medical Provider Network (MPN)

- **What is a MPN?**

A Medical Provider Network (MPN) is 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.

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

The MPN contact listed in this notification 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: [www.one-source-medical.com](http://www.one-source-medical.com). Click on the Find a Medical Provider in the One Source Medical Provider Network option in order to proceed with an MPN provider search. You also have the right to a complete listing of all of the MPN providers upon request.

- **What happens if I get 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 MPN Contact listed above.

- **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 in the entire state with the exception of Alpine County.

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 MPN.

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

If you are a current employee living in a rural area or temporarily working or living outside the MPN service area, or you are a former employee permanently living outside the MPN service area, the MPN or your treating doctor will give you a list of at least three physicians who can treat you. The MPN may also allow you to choose your own doctor outside of the MPN network. Contact your MPN 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 type of specialist that is not available in the MPN, you have the right to see a specialist outside of the MPN.

- **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 MPN and tell them you want a second opinion. The MPN 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 MPN Contact of your appointment date, and the MPN 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 MPN contact person 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 which 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.

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 in the box 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.

- **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 set forth in the box 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 in the box 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 MPN Contact if you need help or an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness.

Name: One Source Medical Network  
Title: MPN Director  
Address: 3444 Kearny Villa Road, Suite 405, San Diego, CA 92123  
Telephone Number: (800) 214-8618  
Email address: [info@one-source-medical.com](mailto:info@one-source-medical.com)

- **Employer's MPN website:** [www.one-source-medical.com](http://www.one-source-medical.com). Click on the Find a Medical Provider in the One Source Medical Provider Network option in order to proceed with an MPN provider search.
- **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 1-800-736-7401. You can also go to DWC's website at [www.dir.ca.gov/dwc](http://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:  
DWC Medical Unit  
P.O. Box 71010  
Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 or (800) 794-6900

## Notificación Concluir Escrita del Empleado sobre la Red de Proveedores Médicos

- **¿Qué es una MPN?**

Una Red de Proveedores Médicos o MPN es un grupo de proveedores de asistencia médica (médicos y otros proveedores médicos) utilizados por **<su empleador/nombre de su empleador>** para atender a trabajadores que se lesionan en el trabajo. Cada MPN debe incluir una combinación de médicos que se especializan en lesiones de trabajo y médicos expertos en áreas de medicina general.

- **¿Cómo puedo averiguar cuales médicos pertenecen a mi MPN?**

El contacto de la MPN indicado en esta notificación podrá contestarle sus preguntas sobre la MPN y le ayudará a obtener una lista regional de los médicos de la MPN en su área. Por lo mínimo, la lista regional debe incluir una lista de todos los proveedores de la MPN dentro de 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia o una lista de todos los proveedores de la MPN dentro del condado donde usted vive y/o trabaja. Usted puede elegir cual lista quiere recibir.

Puede obtener la lista de los proveedores de la MPN llamando al contacto de la MPN o puede ir a nuestra página web en el: [www.one-source-medical.com](http://www.one-source-medical.com). Haga clic en Find a Medical Provider in the One Source Medical Provider Network opción para proceder con un busque de proveedores de servicios médicos adentro el MPN. También tiene derecho a una lista completa de todos los proveedores de la MPN, si la pide.

- **¿Qué pasa si me lastimo en el trabajo?**

**En caso de emergencia, debe llamar al 911 o ir a la sala de emergencias más cercana.**

Si se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador lo más pronto posible. Su empleador le proporcionará un formulario de reclamo. Cuando le notifique a su empleador que ha sufrido una lesión de trabajo, su empleador hará la cita inicial con el médico de la MPN.

- **¿Cómo escojo un proveedor?**

Después de la primera visita médica, puede continuar ser atendido por este médico o puede elegir otro médico dentro de la MPN. Puede continuar eligiendo médicos de la MPN para todo su cuidado médico para esta lesión. Si es apropiado, puede escoger un especialista o puede pedirle al médico que lo está atendiendo que lo refiera a un especialista. Si necesita ayuda en elegir un médico puede llamarle al contacto de la MPN arriba descrito.

- **¿Puedo cambiar de proveedor?**

Sí. Usted puede cambiar de proveedores dentro de la MPN por cualquier razón, pero los proveedores que elija deben ser apropiados para tratar su lesión.

- **¿Qué requisitos debe tener la MPN?**

La MPN tiene proveedores en los siguientes para todo el estado de California.

La MPN tiene que proporcionarle una lista regional de proveedores que incluya por lo menos tres médicos en cada especialidad usualmente utilizada para tratar lesiones/enfermedades en su industria. La MPN debe proporcionarle acceso a médicos primarios dentro de 15 millas y especialistas dentro de 30 millas. Si vive en una área rural puede haber un requisito diferente.

La MPN debe proporcionarle tratamiento inicial dentro de 3 días. Debe recibir tratamiento del especialista dentro de 20 días de su petición. Si tiene algún problema en obtener una cita, pongase en contacto con la MPN.

- **¿Qué tal si no hay proveedores de la MPN donde estoy localizado?**

Si está temporalmente trabajando o viviendo fuera de la área de servicio de la MPN o en una área rural, la MPN o el médico que lo está atendiendo le dará una lista de por lo menos tres médicos que lo puedan atender. La MPN también puede permitirle elegir su propio médico fuera de la red de la MPN. Póngase en contacto con su MPN para asistencia en encontrar un médico o para información adicional.

- **¿Qué tal si necesito un especialista que no está dentro de la MPN?**

Si necesita ver un especialista que no está disponible dentro de la MPN, usted tiene derecho a ver un especialista fuera de la MPN.

- **¿Qué tal si no estoy de acuerdo con mi médico sobre tratamiento médico?**

Si usted no está de acuerdo con su médico o desea cambiar de médico por cualquier razón, usted puede escoger otro médico dentro de la MPN.

Si usted no está de acuerdo con el *diagnóstico o tratamiento* recetado por su médico, usted puede pedir una segunda opinión de un médico dentro de la MPN. Si quiere una segunda opinión, debe ponerse en contacto con la MPN y decirles que quiere una segunda opinión. La persona de contacto asegurará que por lo menos tenga una lista regional de proveedores de la MPN para elegirlo. Para obtener una segunda opinión, debe elegir un médico dentro de la lista de la MPN y hacer una cita dentro de 60 días. Usted debe decirle al contacto de la MPN la fecha de su cita y el contacto de la MPN le mandará al médico una copia de su expediente médico. Usted puede pedir una copia de su expediente médico que se le enviará al médico.

Si no hace una cita dentro de 60 días a partir de recibir la lista regional de proveedores, no le será permitido tener una segunda o tercera opinión sobre el disputado diagnóstico o tratamiento recomendado por el médico que lo está atendiendo.

Si el médico de la segunda opinión siente que su lesión está fuera del tipo de lesión que él o ella normalmente trata, la oficina del médico le notificará a su empleador o compañía de seguros y usted obtendrá otra lista de médicos o especialistas de la MPN para que pueda hacer otra selección.

Si usted no está de acuerdo con la segunda opinión, puede pedir por una tercera opinión. Si usted pide una tercera opinión, usted pasará por el mismo proceso que pasó para la segunda opinión.

Recuerde que si no hace una cita dentro de 60 días a partir de recibir la otra lista de proveedores de la MPN, entonces no le será permitido tener una tercera opinión sobre el disputado diagnóstico o tratamiento recomendado por el médico que lo está atendiendo.

Si usted no está de acuerdo con el médico de la tercera opinión, usted puede pedir una Revisión Médica Independiente o IMR (Independent Medical Review). Su empleador o la persona de contacto de la MPN le dará información sobre cómo pedir la Revisión Médica Independiente y un formulario cuando usted pida la tercera opinión.

Si el médico de la segunda o tercera opinión está de acuerdo que usted necesita algún tratamiento o análisis, le será permitido recibir el servicio médico de un proveedor dentro de la MPN, incluyendo los médicos de la segunda o tercera opinión.

Si el médico que hace la Revisión Médica Independiente corrobora su necesidad para algún tratamiento o análisis, usted podrá recibir ese cuidado de un médico dentro o fuera de la MPN.

• **¿Qué tal si ya estoy siendo atendido por una lesión de trabajo antes de que empiece la MPN?**

Su empleador o la compañía de seguros tiene un plan de "Transferencia de Cuidado" que determinará si usted puede continuar siendo temporalmente atendido por una lesión de trabajo por un médico fuera de la MPN antes de que su cuidado sea transferido a la MPN.

Si usted apropiadamente ha designado previamente un médico para atenderlo, usted no puede ser transferido a la MPN. (Si tiene preguntas acerca de la designación previa, preguntele a su supervisor.) Si su médico actual no es o no se convierte en un miembro de la MPN, entonces podrá ser obligado ver a un médico de la MPN.

Si su empleador decide transferirlo a la MPN, usted y su médico que lo está atendiendo deben recibir una carta notificándoles de la transferencia.

Si usted llena ciertos requisitos, pueda que califique a continuar ser atendido por un médico fuera de la MPN hasta por un año antes de que sea transferido a la MPN. Los requisitos para posponer la transferencia de su cuidado a la MPN están en la caja debajo.

**¿Puedo Continuar Ser Tratado Por Mi Médico?**

Usted puede calificar para tratamiento continuo con su proveedor que no está dentro de la MPN (por transferencia de cuidado o continuidad de cuidado) hasta por un año si su lesión o enfermedad llena cualquiera de las siguientes condiciones:

- **(Agudo)** El tratamiento para su lesión o enfermedad será completado en menos de 90 días.
- **(Grave o crónico)** Su lesión o enfermedad es una que es grave y continua por lo menos 90 días sin una cura total o empeora y requiere de tratamiento continuo. Se le podrá permitir ser tratado por su médico actual hasta por un año, hasta que una transferencia de cuidado segura pueda ser hecha.
- **(Terminal)** Tiene una enfermedad incurable o condición irreversible que probablemente cause la muerte dentro de un año o menos.
- **(Cirugía pendiente)** Ya tiene una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por su empleador o compañía de seguros y que se realizará dentro de 180 días a partir de la fecha efectiva de la MPN o la fecha de la terminación del contrato entre la MPN y su médico.



Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador sobre transferir su cuidado a la MPN. Si no quiere ser transferido a la MPN, pídale a su médico que lo está atendiendo por un informe médico que indique si tiene una de las cuatro condiciones indicadas arriba para poder posponer su transferencia a la MPN.

El médico que lo está atendiendo tiene 20 días a partir de la fecha de su petición para darle una copia del informe sobre su condición. Si el médico que lo está atendiendo no le da el informe dentro de los 20 días a partir de la fecha de su petición, el empleador podrá transferir su cuidado a la MPN y estará obligado a utilizar un médico de la MPN.

Tendrá que darle una copia del informe a su empleador si desea posponer la transferencia de su cuidado. Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe de su médico sobre su condición, usted o su empleador puede disputarlo. Vea el plan de transferencia de cuidado para más detalles sobre el proceso de resolución de disputa.

Para una copia del plan entero sobre la transferencia de cuidado, preguntele a su contacto de la MPN.

- **¿Qué tal si estoy bajo tratamiento con un médico de la MPN que decide dejar la MPN?**

Su empleador o compañía de seguros tiene un plan escrito para "La Continuidad de Cuidado" que determinará si es que podrá continuar temporalmente su tratamiento por su lesión de trabajo actual con su médico si su médico ya no está participando en la MPN.

Si su empleador decide que usted no califica para continuar su tratamiento con el médico que no es un proveedor dentro de la MPN, usted y el médico que lo está atendiendo deberán recibir una carta de notificación.

Si usted llena ciertos requisitos, tal vez podrá calificar para continuar su tratamiento con este médico hasta por un año antes de que tenga que cambiar a un médico de la MPN. Estos requisitos están expuestos en la caja descrita arriba, "**¿Puedo Continuar Ser Tratado Por Mi Médico?**"

Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador sobre negarle la Continuidad de Cuidado con el proveedor que ya no es parte de la MPN. Si quiere continuar su tratamiento con este médico, pídale al médico que lo está atendiendo por un informe que indique si tiene una de las cuatro condiciones descritas en la caja de arriba para ver si califica para seguir recibiendo tratamiento de su médico actual.

El médico que lo está atendiendo tiene 20 días a partir de la fecha de su petición para darle una copia del informe sobre su condición. Si el médico que lo está atendiendo no le da el informe dentro de los 20 días a partir de la fecha de su petición, el empleador podrá transferir su cuidado a la MPN y estará obligado a utilizar un médico de la MPN.

Tendrá que darle una copia del informe a su empleador si desea posponer la transferencia de su cuidado. Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe de su médico sobre su condición, usted o su empleador puede disputarlo. Vea el plan de transferencia de cuidado para más detalles sobre el proceso de resolución de disputa.

Para una copia del plan de la Continuidad de Cuidado entero, preguntele a su Contacto de la MPN.

- **¿Qué tal si tengo preguntas o necesito ayuda?**

- **El Contacto de la MPN:** Usted siempre puede ponerse en contacto con el Contacto de la MPN si necesita ayuda o una explicación sobre su tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo.

Nombre: One Source Medical Services  
Título: MPN Director  
Dirección: 3444 Kearny Villa Road, Suite 405, San Diego, CA 92123  
Número de Teléfono: (800)214-8618  
Correo electrónico: [info@one-source-medical.com](mailto:info@one-source-medical.com)

- **La página web de la MPN del empleador:** [www.one-source-medical.com](http://www.one-source-medical.com). Haga clic en Find a Medical Provider in the One Source Medical Provider Network opción para proceder con un busque de proveedores de servicios médicos adentro el MPN.

- **La División de Compensación de Trabajadores (DWC):** Si tiene algún interés queja, pregunta sobre la MPN, el proceso de notificación, o su tratamiento médico después de una lesión o enfermedad de trabajo, puede llamar a la Oficina de Información y Asistencia de la DWC al 1-800-736-7401. También puede consultar con la página web de la DWC en el [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) y haga clic en "la red de proveedores médicos" para más información sobre las MPNs.

- **Revisión Médica Independiente:** Si usted tiene preguntas sobre el proceso de la Revisión Médica Independiente póngase en contacto con la Unidad Médica de la División de Compensación de Trabajadores en:

DWC Medical Unit  
P.O. Box 71010  
Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 or (800) 794-6900



## Authorization of Initial Medical Treatment

Please be advised that the individual presenting you with this form is an employee of the below named organization and is seeking treatment for an injury/illness that they have reported to be work-related. This document authorizes you to provide an initial examination and treatment of the employee. Continuing or follow-up treatment must be coordinated with, and authorized by, our Third Party Administrator (TPA). They will determine whether continuing treatment will be covered by Workers' Compensation. Thank you in advance for your service and cooperation.

This is to authorize medical treatment for \_\_\_\_\_,

**Employee Name**

an employee of \_\_\_\_\_ for a work-related injury, which is,

**Employer**

reported to be: \_\_\_\_\_

**Nature of Injury/Illness**

Address where injury/illness occurred: \_\_\_\_\_

**If this treatment qualifies as a First Aid treatment, please send bill to:**

Contact: \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_

**Legal Entity Name**

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

We strongly suggest that providers contact the employer referenced on the front of this form to verify authorization for treatment prior to rendering service. This will help avoid fraudulent use of authorization forms.

Authorized Employer Signature

\_\_\_\_\_  
**Print Name and Title**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature**

Otherwise, bills can be sent to American Claims Management:

American Claims Management  
P.O. Box 85251  
San Diego, CA 92186-5251

Phone: 1-866-671-5042  
Fax: 1-619-744-5030

**Employer has an extensive Early Return-to-Work/Modified-Duty Program**



State of California <b>EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS</b>		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to: American Claims Management P.O. Box 85251 San Diego, CA 92186		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 <b>five days</b> of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident <b>OR</b> 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 <b>five days</b> of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be <b>reported immediately</b> 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.		6. State unemployment insurance acct.no		
INJURY OR ILLNESS	6. TYPE OF EMPLOYER: <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> County <input type="checkbox"/> City <input type="checkbox"/> 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)	13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)	14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX: <input type="checkbox"/>	
	15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	16. SALARY BEING CONTINUED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)	18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM 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? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Shipping department, machine shop.			23. Other Workers injured or ill in this event? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold					DAILY HOURS
25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.					DAYS PER WEEK
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 HOURS
27. Name and address of physician (number, street, city, zip)					WEEKLY WAGE
27a. Phone Number					COUNTY
28. Hospitalized as an inpatient overnight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes then, name and address of hospital (number, street, city, zip)					NATURE OF INJURY
28a. Phone Number					PART OF BODY
29. Employee treated in emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					SOURCE
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) & 14300.36(b)(2)(E)2. Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.36(b)(2)(E)2*.					
30. EMPLOYEE NAME		31. SOCIAL SECURITY NUMBER		32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)	
33. HOME ADDRESS (Number, Street, City, Zip)					EVENT
33a. PHONE NUMBER					SECONDARY SOURCE
34. SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)			36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)	
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS <input type="checkbox"/> regular, full-time <input type="checkbox"/> part-time <input type="checkbox"/> temporary <input type="checkbox"/> 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.?) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
Completed By (type or print)		Signature & Title			Date (mm/dd/yy)
* Confidential information may be disclosed only to the employee, former employee, or their personal representative (CCR Title 8 14300.35), to others for the purpose of processing a workers' compensation or other insurance claim; and under certain circumstances to a public health or law enforcement agency or to a consultant hired by the employer (CCR Title 8 14300.30). CCR Title 8 14300.40 requires provision upon request to certain state and federal workplace safety agencies.					



**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](http://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](http://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 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](http://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](http://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 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.

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.

**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.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

- Employer copy/Copia del Empleador     Employee copy/Copia del Empleado     Claims Administrator/Administrador de Reclamos     Temporary Receipt/Recibo del Empleado

---

## How to Submit a Claim Online

### Submit a Claim Online

Follow the steps below to submit Form 5020 online using the member portal at [www.crmbc.com](http://www.crmbc.com).



You must have an Internet connection to submit a claim online.



To save the information on each tab, click "Next" before leaving the New Claim process.

1. Open your internet browser and type [www.crmbc.com](http://www.crmbc.com) in the address window.
2. Click "Member Login."
3. Type your username and password in the fields provided.
4. Click the "Login" button.
5. Go to the Claims tab and select Incidents.
6. Click on the "New Claim" button on the right side of the screen.
7. Verify your company information and complete the required fields with the appropriate information.
8. When the claim is complete, click "Submit" on the Finish tab to submit the claim to the TPA online. All claims submitted online are available for viewing and printing after submission.

**\*Note:** All claims, including first aid claims, should be submitted to ACM for processing. If you choose to pay for first aid claims, your first aid claim submission will not negatively affect your company's claim history. For more information on first aid claims, please contact ACM.

---

## TPA Contact Information

**To Report a Claim:** American Claims Management (ACM)  
Member Portal: [www.crmbc.com](http://www.crmbc.com)  
24 Hour Call Center: 1-866-671-5042 (option #2)  
Fax: 1-619-744-5030 (fax completed Form 5020)  
Email: [reportclaim@acmclaims.com](mailto:reportclaim@acmclaims.com) (email completed Form 5020)

### ACM General

**Contact Information:** American Claims Management  
P.O. Box 85251  
San Diego, CA 92186-5251  
Toll Free Phone: 1-866-671-5042  
Fax: 1-619-744-5030  
Email: [wcinfo@acmclaims.com](mailto:wcinfo@acmclaims.com)  
Hours of Operation: Monday–Friday 8:00 a.m.–5:00 p.m. PST



# 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](http://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](http://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/](http://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](http://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](http://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](http://ACMclaims.com)



Self Insured Solutions

**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 Reglamiento 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 (HCO) 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, supeditado 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 periodo 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/](http://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](http://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](http://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  Self Insured Solutions

[ACMclaims.com](http://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.





## TIME OF HIRE PAMPHLET

This pamphlet, or a similar one that has been approved by the Administrative Director, must be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it. The content of this pamphlet applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

### WHAT IS WORKERS' COMPENSATION?

If you get hurt on the job, your employer is required by law to pay for workers' compensation benefits. You could get hurt by:

One event at work. Examples: hurting your back in a fall, getting burned by a chemical that splashes on your skin, getting hurt in a car accident while making deliveries.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from using vibrating tools, losing your hearing because of constant loud noise.

—or—

Workplace crime. Examples: you get hurt in a store robbery, physically attacked by an unhappy customer.

### **Discrimination is illegal**

It is illegal under Labor Code section 132a for your employer to punish or fire you because you:

- File a workers' compensation claim
- Intend to file a workers' compensation claim
- Settle a workers' compensation claim
- Testify or intend to testify for another injured worker.

If it is found that your employer discriminated against you, he or she may be ordered to return you to your job. Your employer may also be made to pay for lost wages, increased workers' compensation benefits, and costs and expenses set by state law.

## WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical and occupational therapy and chiropractic care.
- **Temporary disability benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to.
- **Permanent disability benefits:** Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:
  - Your doctor's medical reports
  - Your age
  - Your occupation
- **Supplemental job displacement benefits:** This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job. You are eligible for this voucher if:
  - You have a permanent disability.
  - Your employer does not offer regular, modified, or alternative work, within 60 days after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.

## OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied, or have ended. There are time restrictions so for more information contact the local office of EDD or go to their web site [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

If your injury results in a permanent disability (PD) and the state determines that your PD benefit is disproportionately low compared to your earning loss, you may qualify for additional money from the Department of Industrial Relation's special earnings loss supplement program also known as the return to work program. If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by going to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) and looking under "Workers' Compensation programs and units" for the "Information & Assistance Unit" link or visit the DIR web site at [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov).

### **Workers' compensation fraud is a crime**

Any person who makes or causes to be made any knowingly false statement in order to obtain or deny workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony. If convicted, the person will have to pay fines up to \$150,000 and/or serve up to five years in jail.

## WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?

### **Report your injury to your employer**

Tell your supervisor right away no matter how slight the injury may be. Don't delay – there are time limits. You could lose your right to benefits if your employer does not learn of your injury within 30 days. If your injury or illness is one that develops over time, report it as soon as you learn it was caused by your job.

If you cannot report to the employer or don't hear from the claims administrator after you have reported your injury, contact the claims administrator yourself.

**Workers' compensation insurance company or if employer is self-insured, person responsible for handling the claim is:**

\_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_

Phone: \_\_\_\_\_.

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at [www.caworkcompcoverage.com](http://www.caworkcompcoverage.com). If no coverage exists or coverage has expired,

contact the Division of Labor Standards Enforcement at [www.dir.ca.gov/DLSE](http://www.dir.ca.gov/DLSE) as all employees must be covered by law.

### **Get emergency treatment if needed**

If it's a medical emergency, go to an emergency room right away. Tell the medical provider who treats you that your injury is job related. Your employer may tell you where to go for follow up treatment.

**Emergency telephone number:** Call 911 for an ambulance, fire department or police. For non-emergency medical care, contact your employer, the workers' compensation claims administrator or go to this facility:

\_\_\_\_\_.

### **Fill out DWC 1 claim form and give it to your employer**

Your employer must give you a [DWC 1 claim form](#) within one working day after learning about your injury or illness. Complete the employee portion, sign and give it back to your employer. Your employer will then file your claim with the claims administrator. Your employer must authorize treatment within one working day of receiving the DWC 1 claim form.

If the injury is from repeated exposures, you have one year from when you realized your injury was job related to file a claim.

In either case, you may receive up to \$10,000 in employer-paid medical care until your claim is either accepted or denied. The claims administrator has up to 90 days to decide whether to accept or deny your claim. Otherwise your case is presumed payable.

Your employer or the claims administrator will send you "benefit notices" that will advise you of the status of your claim.

## **MORE ABOUT MEDICAL CARE**

### **What is a Primary Treating Physician (PTP)?**

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. He or she may be:

- The doctor you name in writing *before* you get hurt on the job
- A doctor from the medical provider network (MPN)
- The doctor chosen by your employer during the first 30 days of injury if your employer does not have an MPN or
- The doctor you chose after the first 30 days if your employer does not have an MPN.



### **What is a Medical Provider Network (MPN)?**

An MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using an MPN.

If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using an MPN, you will see an MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

### **What is Predesignation?**

Predesignation is when you name your regular doctor to treat you if you get hurt on the job. The doctor must be a medical doctor (M.D.), doctor of osteopathic medicine (D.O.) or a medical group with an M.D. or D.O. You must name your doctor in writing *before* you get hurt or become ill.

You may predesignate a doctor if you have health care coverage for non-work injuries and illnesses. The doctor must have:

- Treated you
- Maintained your medical history and records before your injury and
- Agreed to treat you for a work-related injury or illness before you get hurt or become ill.

You may use the "predesignation of personal physician" form included with this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

If your employer does not have an approved MPN, you may name your chiropractor or acupuncturist to treat you for work related injuries. The notice of personal chiropractor or acupuncturist must be in writing *before* you get hurt. You may use the form included in this pamphlet. After you fill in the form, be sure to give it to your employer.

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management.

Exceptions to the prohibition on a chiropractor continuing as your treating physician after 24 visits include postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule, or if your employer has authorized additional visits in writing.

## WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

If you have a concern, speak up. Talk to your employer or the claims administrator handling your claim and try to solve the problem. If this doesn't work, get help by trying the following:

### **Contact the Division of Workers' Compensation (DWC) Information and Assistance (I&A) Unit**

All 24 DWC offices throughout the state provide information and assistance on rights, benefits and obligations under California's workers' compensation laws. I&A officers help resolve disputes without formal proceedings. Their goal is to get you full and timely benefits. Their services are free.

To contact the nearest I&A Unit, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) and under "Workers' Compensation programs and units", click on "Information & Assistance Unit." At this site you will find fact sheets, guides and information to help you.

The nearest I&A Unit is located at:  Address: _____  Phone number: _____.
---

### **Consult with an attorney**

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may 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 website at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org). You may get a list of attorneys from your local I&A Unit or look in the yellow pages.

### **Warning**

Your employer may not pay workers' compensation benefits if you get hurt in a voluntary off-duty recreational, social or athletic activity that is not part of your work-related duties.

### **Additional rights**

You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact FEHA at (800) 884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at (800) 669-4000.

The information contained in this pamphlet conforms to the informational requirements found in Labor Code sections 3551 and 3553 and California Code of Regulation, Title 8, sections 9880 and 9883. This document is approved by the Division of Workers' Compensation administrative director.

## 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:

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- 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) (M.D., D.O., or medical group)

\_\_\_\_\_  
(street address, city, state, ZIP)

\_\_\_\_\_  
(telephone number)

Employee Name (please print):

\_\_\_\_\_

Employee's Address:

\_\_\_\_\_

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses:

\_\_\_\_\_

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

**Physician: I agree to this Predesignation:**

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

(Physician or Designated 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 predesignated will be required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3).

July 2014

**§ 9783.1. DWC Form 9783.1 Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist.**

**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 change 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.

**NOTE:** If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

You may use this form to notify your employer of your personal chiropractor or acupuncturist.

**Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:**

---

**(name of chiropractor or acupuncturist)**

---

**(street address, city, state, zip code)**

---

**(telephone number)**

Employee Name **(please print)**:

---

Employee's Address:

---

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



## UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto, o uno similar que ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser dado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y incluir sus logos e información adicional en ello. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren en o después del 1 de enero 2013.

### ¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

Si usted se lesiona en el trabajo, su empleador por ley está obligado a pagarle los beneficios de compensación de trabajadores. Usted podría lesionarse por:

Un incidente en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpique la piel, lesionarse en un accidente de tránsito mientras hace entregas.

— o —

Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

— o —

Crimen en el lugar de trabajo. Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente disgustado.

### La discriminación es ilegal

Es ilegal bajo el Código Laboral 132a que su empleador lo castigue o despida porque usted:

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

Si se determina que su empleador discriminó contra usted, él o ella pueden ser ordenados a regresarlo a su trabajo. Su empleador también puede ser obligado a pagar por salarios perdidos, aumentos en beneficios de compensación de trabajadores además de costos y gastos establecidos por la ley estatal.

### ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagado por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Visitas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser

proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.

- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. La cantidad que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Será pagado cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (*Temporary Disability- TD*) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado lo mejor posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Se le pagará cada dos semanas si es elegible. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. La cantidad de pago está basada en:
  - El informe médico de su doctor
  - Su edad
  - Su ocupación
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Este es un vale de hasta \$6,000 que usted puede utilizar para pagar por reentrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted es elegible para este vale si:
  - Usted tiene una incapacidad permanente
  - Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.
- **Beneficios por Muerte:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. La cantidad del pago está basada en el número de dependientes. El beneficio es pagado cada dos semanas a una tasa de por lo menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona una cantidad para el entierro.

#### OTROS BENEFICIOS

Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (*Employment Development Department- EDD*) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando los beneficios del programa de compensación de trabajadores son demorados, negados o han terminado. Hay plazos específicos así que para más información comuníquese con la oficina local del EDD o vaya a su sitio web en [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de *PD* es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (*Department of Industrial Relations- DIR*) que también es

conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) y busque el enlace "Information & Assistance Unit" bajo la sección Workers' compensation programs & units" o visite la página web del DIR en [www.dir.ca.gov](http://www.dir.ca.gov).

### **El fraude de compensación de trabajadores es un crimen**

Cualquier persona que hace o causa que se haga una declaración intencionadamente falsa para obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de una felonía. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

### ¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

#### **Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido**

Dígale inmediatamente a su supervisor no importa que tan leve sea la lesión. No demore – hay plazos específicos. Usted puede perder su derecho a beneficios si su empleador no se entera de su lesión dentro de 30 días. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente, infórmelo tan pronto como se entere que fue causada por su trabajo.

Si usted no puede informarle al empleador o no ha escuchado del administrador de reclamos después de haber reportado su lesión, comuníquese con el administrador de reclamos usted mismo.

**La compañía del seguro de compensación de trabajadores, o si el empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:**

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Puede poder encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en [www.caworkcompcoverage.com](http://www.caworkcompcoverage.com). Si no hay cobertura o si la cobertura ha expirado, comuníquese con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales en [www.dir.ca.gov/DLSE](http://www.dir.ca.gov/DLSE) ya que por ley, todos los empleados deben ser cubiertos.

#### **Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario**

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atiende que su lesión está relacionada con su trabajo. Su empleador le puede decir dónde ir para continuar con su tratamiento.

**Número de teléfono de emergencia:** Llame al 911 para una ambulancia, el departamento de bomberos o la policía. Para cuidado médico que no es urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o vaya a esta instalación:

\_\_\_\_\_.

### **Llene el formulario de reclamo DWC 1 y déselo a su empleador**

Su empleador debe darle un [Formulario de reclamo DWC 1](#) dentro de un día laboral después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laboral después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión es debida a exposiciones repetidas, usted tiene un año de cuando usted se da cuenta que su lesión está relacionada con su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en cuidado médico pagado por su empleador hasta que su reclamo sea aceptado o negado. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. De otra manera, se supondrá que su caso es pagadero.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará "Avisos de beneficios" que le informarán sobre el estado de su reclamo.

### MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

#### **¿Qué es un médico primario (*Primary Treating Physician- PTP*)?**

Es el médico que tiene la responsabilidad total sobre el tratamiento para su lesión o enfermedad. Él o ella pueden ser:

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de que se lesione en el trabajo
- Un médico de la red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN* o
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una *MPN*.

#### **¿Qué es una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)?**

Una *MPN* es un grupo selecto de proveedores de cuidado médico que dan tratamiento médico a trabajadores lesionados. Consulte con su empleador para ver si están usando una *MPN*.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una *MPN*, usted verá a un médico de la *MPN*. Después de su primera visita, está libre para escoger otro médico de la lista de la *MPN*.

#### **¿Qué es la designación previa?**

La designación previa es cuando usted denomina a su médico particular para que lo atienda si usted se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (*M.D.*), doctor en medicina osteopatía (*D.O.*) o un grupo médico con un *M.D.* o *D.O.* Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.



Usted puede designar de antemano a un médico si usted tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no relacionadas con el trabajo. El médico debe haberle:

- Atendido
- Mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y
- Indicado que está de acuerdo en atenderlo para una lesión o enfermedad de trabajo antes de que usted se lastime o enferme.

Usted puede usar el formulario "Designación previa de médico particular" incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para que lo atienda para sus lesiones de trabajo. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. El término "consulta quiropráctica" significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo.

Las excepciones a la prohibición a que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende incluyen consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

### ¿QUÉ SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

Si tiene alguna inquietud, diga algo. Hable con su empleador o con el administrador de reclamos encargado de su reclamo para tratar de resolver el problema. Si esto no funciona, consiga ayuda intentando lo siguiente:

#### **Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia (*Information & Assistance- I&A*) de la División de Compensación de Trabajadores (*Division of Workers' Compensation- DWC*)**

Todas de las 24 oficinas de la DWC alrededor del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones de acuerdo a las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de I&A ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Los servicios son gratis.

Para comunicarse con la más cercana Unidad de I&A, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) y bajo la sección "*Workers' compensation programs and units.*" haga clic en el enlace "*Information & Assistance Unit.*" En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

La más cercana unidad de I&A está ubicada en:

Dirección: \_\_\_\_\_.

Número de teléfono: \_\_\_\_\_.

#### **Consulte con un abogado**

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus

honorarios pueden ser tomados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (*State Bar Association*) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org). Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.

#### **Advertencia**

Es posible que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si se lastima en una actividad voluntaria fuera de su trabajo, recreativa, social o atlética que no sea parte de sus deberes laborales.

#### **Derechos adicionales**

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act- ADA*) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (*Fair Employment and Housing Act- FEHA*). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission- EEOC*) al (800) 669-3362.

La información contenida en este folleto se conforma a los requisitos de información encontrados en las secciones 3551 y 3553 del Código Laboral y las secciones 9880 y 9883 del Título 8, Código de Regulaciones de California. Este documento está aprobado por el director administrativo de la División de Compensación de Trabajadores.

Revisado 12/20/12 y efectivo para fecha de lesiones en o después del 1/1/13.

## DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede recibir tratamiento médico por esa lesión o enfermedad de su médico particular (M.D.), médico osteópata (D.O.) o grupo médico si:

- usted tiene un plan de salud grupal
- el médico es su médico familiar o de cabecera, que será un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o que es un internista certificado o elegible para certificación, pediatra, gineco-obstetra, o médico de medicina familiar y que previamente ha estado a cargo de su tratamiento médico y tiene su expediente médico
- su "médico particular" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un integrado grupo médico multidisciplinario que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo.
- antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad de trabajo
- antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico particular le brinde tratamiento para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico particular.

Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador que desea que su médico particular o médico osteópata lo atienda para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba han sido cumplidos.

## NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

**Empleado: Llene esta sección.**

A: \_\_\_\_\_ (nombre del empleador) Si tengo una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo ser atendido por:

\_\_\_\_\_  
(nombre del médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

\_\_\_\_\_ (dirección, ciudad, estado, código postal)

\_\_\_\_\_ (número de teléfono)

Nombre del Empleado (en letras de molde, por favor):

Domicilio del Empleado:

\_\_\_\_\_

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:**

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_  
(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado por el médico o grupo médico no firma, será necesario presentar documentación sobre el consentimiento del médico de ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1 (a) (3).

## AVISO DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, posiblemente puede cambiar su médico que lo está atendiendo a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para hacer este cambio, usted debe darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sepa de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos ha iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, puede entonces usted, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal.

Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal.

La ley estatal no permite que un quiropráctico siga como su médico después de 24 visitas.

### Información sobre su Quiropráctico o Acupunturista:

---

(nombre del quiropráctico o acupunturista)

---

(dirección, ciudad, estado, código postal)

---

(número de teléfono)

\_\_\_\_\_Nombre del  
Empleado (**en letras de molde, por favor**):

\_\_\_\_\_Domicilio del  
Empleado:

Firma del Empleado \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_