



sedgwick®



# Sedgwick Claims Kit

## California



FALLS LAKE  
INSURANCE COMPANIES



P.O. Box 14779  
Lexington, KY 40512  
Toll Free: 866-738-9201  
Fax: 859-280-3275



**Dear Insured:**

**We would like to welcome you as a policyholder of Falls Lake Fire and Casualty Company. Sedgwick is your Claims Administrator, and we are pleased to be able to provide you with workers' compensation claims handling services. Please follow the below instructions for filing a new claim and note the claim kit attachment.**

Where do I report a claim?

- > **Phone:** **855-728-5277 (855-7ATLAS7)**
- > **Email:** [6200AtlasGeneralInsurance@sedgwickcms.com](mailto:6200AtlasGeneralInsurance@sedgwickcms.com)
- > **Fax:** **866-383-3296**

Where do I send my injured employee for medical treatment?

- > **Website:** [www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG)

Sedgwick Claim Kit Attachments:

- **Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility – *MUST BE PROVIDED TO INJURED EMPLOYEES***
- **Employer's First Report of Injury Form (Form 5020)**
- **Designated Provider List**
- **Treatment Referral Form**
- **Refusal of Medical Treatment Form**
- **Express Scripts First Fill Temporary Pharmacy Card**

Sedgwick MPN Attachments:

- **California MPN Materials for Distribution Instructions**
- **Notice to Employees (DWC 7) – *MUST BE POSTED***
- **New Hire Notice (English & Spanish)**
- **Pre-designation Form (English & Spanish)**

Need a loss run?

- > **Email us:** [RPS.SanDiego-2.LossRuns@rpsins.com](mailto:RPS.SanDiego-2.LossRuns@rpsins.com)

Have more questions?

Contact the Atlas Customer Care Team at Sedgwick - One of our friendly Client Services Associates will be happy to assist you.

- > **Phone:** **866-738-9201**
- > **Email:** [AtlasTeam@Sedgwickcms.com](mailto:AtlasTeam@Sedgwickcms.com)

**We appreciate your business and believe that communication is critical for successful claims administration. We encourage you to contact us if you have any questions.**

**[www.Atlas.us.com/claims](http://www.Atlas.us.com/claims)**



## Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Use the attached form to file a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

**Medical Care:** Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

**The Primary Treating Physician (PTP)** is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you predesignated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
- If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you predesignated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to \$10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

### **Switching to a Different Doctor as Your PTP:**

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not predesignate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Utilice el formulario adjunto para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran dependiendo de la índole de su reclamo. Si usted presenta un reclamo, el administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

**Atención Médica:** Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

**El Médico Primario que le Atiende (Primary Treating Physician- PTP)** es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*) o una Organización de Cuidado Médico (*Health Care Organization- HCO*), en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una *HCO* o una *MPN*. Hable con su empleador para más información.
- Si su empleador no está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta \$10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

### **Cambiando a otro Médico Primario o PTP:**

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

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

**Problems with Medical Care and Medical Reports:** At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

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

**Stay at Work or Return to Work:** Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

**Payment for Permanent Disability:** If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

**Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB):** If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

**Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

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

**Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos:** En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su PTP sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una MPN, HCO o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su PTP, puede solicitar una revisión médica independiente (*Independent Medical Review-IMR*), utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la IMR es parecido al proceso de la IMR de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la IMR. La IMR no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su PTP en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesga perder el derecho a objetar a la opinión de su PTP a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado (*Qualified Medical Evaluator-QME*) para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado (*Agreed Medical Evaluator- AME*). Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su PTP sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un QME o AME.

**Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos):** Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estatales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

**Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo:** Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan

spouse and other 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.

**Resolving Problems or Disputes:** You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or 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) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

**You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer:** State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

**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 website at [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

**Learn More About Workers' Compensation:** For more information about the workers' compensation claims process, go to [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

**Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo (Supplemental Job Displacement Benefit- SJDB):** Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

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

**Es ilegal que su empleador** le castigue o despida por sufrir una lesión o enfermedad laboral, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (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.

**Resolviendo problemas o disputas:** Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o 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 (*State Disability Insurance-SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en [www.edd.ca.gov](http://www.edd.ca.gov).

**Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia (Information & Assistance- I&A):** Los Oficiales de Información y Asistencia (*I&A*) estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

**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, o consulte su página Web en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org).

**Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores:** Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov). En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-736-7401.



**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 in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

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

**Empleado:** Complete la sección "Empleado" y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada "Recibo Temporal del Empleado" hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la División de Compensación al Trabajador al (800) 736-7401 para oír información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los beneficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

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.  Check if you agree to receive notices about your claim by email only.  *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. \_\_\_\_\_ *Correo electrónico del empleado.* \_\_\_\_\_  
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* \_\_\_\_\_

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

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* \_\_\_\_\_
11. Address. *Dirección.* \_\_\_\_\_
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* \_\_\_\_\_
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* \_\_\_\_\_
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* \_\_\_\_\_
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* \_\_\_\_\_
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* \_\_\_\_\_
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* \_\_\_\_\_
18. Title. *Título.* \_\_\_\_\_ 19. Telephone. *Teléfono.* \_\_\_\_\_

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

State of California <b>EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS</b>	<b>Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:</b>	<b>OSHA CASE NO.</b>  FATALITY <input type="checkbox"/>
---	---	---

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

California law requires employers to report within **five days** of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident **OR** requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within **five days** of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be **reported immediately** by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.

<b>E M P L O Y E R</b>	1. FIRM NAME		1a. Policy Number		<b>Please do not use this column</b>	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)		2a. Phone Number			<b>CASE NUMBER</b>
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)		3a. Location Code			<b>OWNERSHIP</b>
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.		5. State unemployment insurance acct.no		<b>INDUSTRY</b>	
	6. TYPE OF EMPLOYER: Private                      State                      County                      City                      School District <input type="checkbox"/> Other Gov't, Specify: _____				<b>OCCUPATION</b>	
<b>I N J U R Y  O R  I L L N E S S</b>	7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)	8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM		9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM _____ PM	10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)	
	11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? Yes                      No	12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)	13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX:	
	15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? Yes                      No	16. SALARY BEING CONTINUED? Yes                      No	17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)	18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM (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					<b>SEX</b>
	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)		20a. COUNTY		21. ON EMPLOYER'S PREMISES? Yes                      No	
	22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.			23. Other Workers injured or ill in this event? Yes                      No		
	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold					<b>AGE</b>
	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.					<b>DAILY HOURS</b>
	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					<b>DAYS PER WEEK</b>
						<b>WEEKLY HOURS</b>
					<b>WEEKLY WAGE</b>	
					<b>COUNTY</b>	
					<b>NATURE OF INJURY</b>	
					<b>PART OF BODY</b>	

**ATTENTION** This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2.  
 Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2\*.

<b>E M P L O Y E E</b>					<b>SOURCE</b>
					<b>EVENT</b>
					<b>SECONDARY SOURCE</b>
	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)				<b>EXTENT OF INJURY</b>
	37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS regular, full-time                      part-time temporary                      seasonal	37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED	
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____		39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? Yes                      No			
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.



**Dear Policyholder:**

In order to provide the best possible care, Titan Claims Management has developed partnerships with national providers due to their proven performance with workers' compensation cases. If you have an occupational health or urgent care clinic to whom you direct injured workers, please provide them this information. Please also fax the list to the provider at the time an employee reports a new event requiring medical care.

**As allowed by jurisdiction, the below services shall be coordinated through the claim adjuster or directly with the vendor at the contact information provided below.**

**Designated Vendor List**

---

**Diagnostic Testing**

---

**Orchid Medical** will assist with finding local providers to conduct your **MRI, CT scan, EMG, x-rays**, and other diagnostic testing requested by your primary treating physician.

**Phone: (855) 894-1674**

**Email: referrals@orchidmedical.com**

---

**Durable Medical Equipment (DME)**

---

**Orchid Medical/Sedgwick Ancillary Care Network** will assist with obtaining equipment requested by your primary treating physician including **braces, canes, crutches, walkers, slings, commode chairs, etc.**

**Phone: (866) 888-6724**

**Email: referrals@orchidmedical.com**

---

**Pharmacy / Medication**

---

**myMatrixx** has partnered with Titan Claims Management for filling **prescriptions** for your claim. Most pharmacies, including Walgreens and all major chains such as CVS, Rite-aid, Lucky, Costco, Walmart, and more are included in the network. **Help Line: (866) 590-5882**

---

**Physical Medicine**

---

**Therapy Direct** has a nationwide network of providers to handle your **physical therapy, chiropractic, occupational therapy, and acupuncture** treatments. Contact them to schedule an appointment with the nearest provider.

**Phone: (888) 904-6776**

**Email: rtw@therapydirect.com**

---

**Interpreting/Translation**

---





**iLingo** has a nationwide network of providers to handle your **interpreting or translation** needs. Contact them to find the nearest provider. **Phone: (800) 311-8331**      **Email: titan@ilingo2.com**

---

### Transportation

---

**iLingo** has a nationwide network of providers to handle your **transportation** needs. Contact them to find the nearest provider. **Phone: (800) 311-8331**      **Email: titan@ilingo2.com**

---

### Dental

---

**HeadsUp Health Care** has a nationwide network of providers to handle your **dental** needs. Contact them to schedule an appointment with the nearest provider. **Phone: (855) 474-9872**



# Workers' Compensation Treatment Referral

<b>To Be Completed By Supervisor:</b>		Date	
Medical Facility/Doctor		Phone ( )	
Address	City	State	ZIP Code
Employee Name		Soc. Sec. No	
Occupation	Date of Injury	Time of Injury	AM PM
Employer Name	Policy Number	Phone ( )	
Address	City	State	ZIP Code
Supervisor Authorizing Treatment			

## Instructions to Medical Facility/Doctor

This authorization is issued to you to provide *initial* medical treatment to the employee named above who has reported an occupational injury.

1. Call the supervisor named above immediately if the employee can return to work (full or modified duty).
2. Send the original completed doctor's first report to Sedgwick:

**Mail the first report of injury to:**  
Sedgwick

P.O. Box 14779  
Lexington, KY 40512

**Telephone Number**  
(855) 728-5277

**Fax Number**  
(866) 383-3296

**Email**  
[6200AtlasGeneralInsurance@sedgwickcms.com](mailto:6200AtlasGeneralInsurance@sedgwickcms.com)

## REFUSAL OF MEDICAL TREATMENT FORM

EMPLOYER NAME: \_\_\_\_\_

PHONE: \_\_\_\_\_

Today's Date / Fecha de hoy \_\_\_\_\_

Employee / Empleado \_\_\_\_\_

Social Security / Seguro Social \_\_\_\_\_

Department / Departamento \_\_\_\_\_

Date of Injury / Fecha de Lastimadura \_\_\_\_\_ Time / Hora \_\_\_\_\_

Date employer first knew of injury / Fecha que patron supo de lastimadura Time / Hora \_\_\_\_\_

Describe injury and part of body affected / Describa la lesion y la parte del cuerpo afectada

\_\_\_\_\_

### NOTIFICATION DE LASTIMADURA Y REHUSAR CUIDADO MEDICO

A mi \_\_\_\_\_ me ha dado mi patron, la oportunidad de recibir atencion medica para la lastimadura supracirada. En este momento, no creo necesitar atencion medica. Sin embargo, si llego necesitar tal atencion me reportare inmediatamente a la oficina de la compania. Entiendo que esta es mi obligacion bajo el codigo laboral de California.

El que yo firme esta declaracion es solo en reconocimiento que se me ha dado la oportunidad de ser examinado y de recibir tratamiento y no estoy renunciando a mis derechos bajo las leyes de compensacion de tabajadores. Ademas, reconozco que he recibido la forma DWC-1 las cual protege mis derechos.

### NOTICE OF INJURY & REFUSAL OF MEDICAL CARE

I, \_\_\_\_\_ have been offered the opportunity to have medical care for the above stated injury by my employer. I feel as though I do not require medical care at this time. However, should I feel the need to have care I will immediately report to my employer's office to request medical care. I understand this is my obligation under the California Labor Code 4600.

My signing of this statement only acknowledges that I have been given the opportunity to be examined and treated and in no way waves my right under worker's compensation laws. I also acknowledge that I have been given a claim form DWC-1 which protects my rights.

Employee's Signature / Firma de empleado \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Supervisor's Signature / Firma de supervisor o mayordomo \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

Witness Signature / Firma or nombre de testigo \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_

# Workers' Compensation Temporary Prescription ID Card

## »» To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed processing your approved workers' compensation prescriptions (based on the guidelines established by your employer).

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the Express Scripts Patient Care Contact Center at 1-866-590-5882.

## Atencion Trabajador Lesionado:

Este formulario de identificación para servicios temporales de prescripción de recetas por compensación del trabajador DEBERÁ SER PRESENTADO a su farmacéutico al surtir su(s) receta(s) inicial(es).

Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, por favor contacte al área de Atención a Clientes de Express Scripts, en el teléfono 1-866-590-5882.

## »» To the Pharmacist:

Express Scripts administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard claim limitations include quantity exceeding 150 pills or a day supply exceeding 14 days. This form is valid for up to 30 days from DOI. Limitations may vary. For assistance, call Express Scripts at 1-866-590-5882.

### Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter bin number 003858

Step 2: Enter processor control A4

Step 3: Enter the group number as it appears above

Step 4: Enter the injured worker's nine-digit ID number

Step 5: Enter the injured worker's first and last name

Step 6: Enter the injured worker's date of injury

### Express Scripts

ID #: \_\_\_\_\_

Your SSN is your temporary ID number; present to the pharmacy at the time prescription is filled. You will receive a new ID number shortly.

**GJ06200**

Employee Date of Birth: \_\_\_\_\_

**Thank you** for using a participating retail network pharmacy. Even though there is no direct cost to you, it's important that we all do our part to help control the rising cost of healthcare.

*Please see other side for a list of participating retail network pharmacies.*

»» **To the Supervisor:** Please fill in the information requested for the injured worker.

### Employee Information

\_\_\_\_\_

First

M

\_\_\_\_\_

Last

\_\_\_\_\_

Street Address or PO Box

\_\_\_\_\_

City

\_\_\_\_\_

State

\_\_\_\_\_

ZIP

### Employer Name



## Participating Retail Network Pharmacies

A & P	Drug	Major Value	Schnucks
Acme Pharmacy	Emporium	Marsh Drugs	Scolari's
Albertson's	Drug Fair Drug	Medic Discount	Sedano
Albertson's/Acme	Town Drug	Medicap	Shaw's Shop
Albertson's/Osco	World Eckerd	Medistat Meijer	'N Save
Albertson's/Sav-On	Econofoods	Minyard NCS	Shopko
Amerisource	EPIC	HealthCare	ShopRite
Bergen	Pharmacy	Neighborcare	Snyder Stop
Anchor Pharmacies	Network	Network	& Shop Sun
Arrow	FamilyMeds	Pharmaceutical	Mart Super
Aurora	Farm Fresh	s Northeast	Fresh Super
Bartell Drugs	Farmer Jack	Pharmacy	Rx Target
Bigg's	Food City Food	Services Osco	Texas
Bi-Lo	Lion Fred's	P & C Food	Oncology
Bi-Mart	Gemmel	Markets	Srvs
BJ's Wholesale	Giant	Pamida Park	The Pharm
Club	Giant Eagle	Nicollet	Thrifty White
Brooks	Giant Foods	Pathm ark	Times
Brookshire Brothers	Hannaford	Pavilions	Tom Thumb
Brookshire Grocery	Harris Teeter	Price	Tops
Bruno	H-E-B	Chopper	Ukrop's
Carrs	Hi-School	Publix Quality	United Drugs
Cash Wise	Pharmacy	Markets	United
Coborn's	Hy-Vee	Raley's	Supermarkets
Costco	Jewel/Osco	Randalls Rite	Vons
Cub	Kash n Karry	Aid Rosauers	Waldbaums
CVS	Keltsch	Rx Express	Walgreens
D&W	Kerr	RXD	Wal-Mart
Dahl's	Kmart	Safeway	Wegmans
Dierbergs	Knight Drugs	Sam's Club	Weis
Discount Drugmart	Kroger	Sav-On	Winn Dixie
Doc's Drugs	LeaderNet (PSAO)	Save Mart	
Dom inicks	Longs Drug Store		

CA MPN Materials for Distribution

Document Number	Title of Document	Purpose of Document	Required Action	Responsible Party
<b>Posting Notice</b>				
1	DWC 7 Posting Notice; English & Spanish	Notice explaining the CA MPN that provides search information to find MPN providers. Includes rights and responsibilities within the MPN.	<b>Required.</b> Employer must fill in the policy inception date in the “MPN effective date” field and post this notice at every CA worksite, both English and Spanish as necessary.	Employer
<b>New Hire Notice</b>				
2/2a	New Hire Notice; English & Spanish	Required form for all newly hired employees. Included with pre-designation form.	<b>Employer requirement not MPN requirement.</b> Employer must fill in the policy inception date in the “MPN effective date” field (pg. 2). This notice must be sent to each CA employee <i>on date of hire</i> , both English and Spanish as necessary.	Employer
<b>Mandatory As-Needed Notice</b>				
3/3a	Physician Pre-designation	Form used by employees to pre-designate a physician for treatment of work comp injuries.	<b>As-Needed.</b> Must be provided to employee upon employee’s request to pre-designate a physician for treatment of work comp injuries; after physician signs form the employee returns a signed copy to the employer prior to any workplace injury.	Employer



## Notice to Employees--Injuries Caused By Work

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures (such as hurting your wrist from doing the same motion over and over).

**Benefits.** Workers' compensation benefits include:

- **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, medical equipment and travel costs that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy and occupational therapy visits.
- **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid for more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if you do not recover completely and your injury causes a permanent loss of physical or mental function that a doctor can measure.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher, if you are injured on or after 1/1/2004, your injury causes permanent disability, and your employer does not offer you regular, modified, or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to your dependents if you die from a work-related injury or illness.

**Naming Your Own Physician Before Injury or Illness (Predesignation).** You may be able to choose the doctor who will treat you for a job injury or illness. If eligible, you must tell your employer, in writing, the name and address of your personal physician or medical group *before* you are injured. You must obtain their agreement to treat you for your work injury. For instructions, see the written information about workers' compensation that your employer is required to give to new employees.

### If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you with a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer or claims administrator must authorize the provision of all treatment, up to ten thousand dollars, consistent with the applicable treatment guidelines, for your alleged injury until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness.
  - If you predesignated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
  - If your employer is using a medical provider network (MPN) or a health care organization (HCO), in most cases you will be treated within the MPN or HCO unless you predesignated a personal physician or medical group. An MPN is a group of physicians and health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
  - If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases the claims administrator can choose the doctor who first treats you when you are injured, unless you predesignated a personal physician or medical group.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using an MPN, which is a group of health care providers designated to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated a personal physician or medical group prior to your work injury, then you may go there to receive treatment from your predesignated doctor. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information, see the MPN contact information below:

MPN website: \_\_\_\_\_

MPN Effective Date: \_\_\_\_\_ MPN Identification number: \_\_\_\_\_

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: \_\_\_\_\_

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: \_\_\_\_\_

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

**Questions?** Learn more about workers' compensation by reading the information that your employer is required to give you at time of hire. If you have questions, see your employer or the claims administrator (who handles workers' compensation claims for your employer):

Claims Administrator Sedgwick Phone \_\_\_\_\_

Workers' compensation insurer Falls Lake Insurance Companies (Enter "self-insured" if appropriate)

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information (DWC) & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: \_\_\_\_\_ or by calling toll-free (800) 736-7401. Learn more information about workers' compensation online: [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers."

**False claims and false denials.** 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 and may be fined and imprisoned.

Your employer may not be liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury that arises from your voluntary participation in any **off-duty, recreational, social, or athletic activity** that is not part of your work-related duties.



## Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

Es posible que usted tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesiona o se enferma a causa de su trabajo. La compensación de trabajadores cubre la mayoría de las lesiones y enfermedades físicas o mentales relacionadas con el trabajo. Una lesión o enfermedad puede ser causada por un evento (como por ejemplo lastimarse la espalda en una caída) o por acciones repetidas (como por ejemplo lastimarse la muñeca por hacer el mismo movimiento una y otra vez).

**Beneficios.** Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías, medicinas, equipo médico y costos de viajar que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay límites para visitas quiroprácticas, de terapia física y de terapia ocupacional.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por más de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si usted no se recupera completamente y si su lesión le causa una pérdida permanente de su función física o mental que un médico puede medir.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible si su lesión surge en o después del 1/1/04, y su lesión le ocasiona una incapacidad permanente, y su empleador no le ofrece a usted un trabajo regular, modificado, o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a sus dependientes si usted muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

**Designación de su Propio Médico Antes de una Lesión o Enfermedad (Designación previa).** Es posible que usted pueda elegir al médico que le atenderá en una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Si elegible, usted debe informarle al empleador, por escrito, el nombre y la dirección de su médico personal o grupo médico, *antes* de que usted se lesione. Usted debe ponerse de acuerdo con su médico para que atienda la lesión causada por el trabajo. Para instrucciones, vea la información escrita sobre la compensación de trabajadores que se le exige a su empleador darle a los empleados nuevos.

**Si Usted se Lastima:**

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador o administrador de reclamos debe autorizar todo tratamiento médico, hasta diez mil dólares, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad.
  - Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico, usted puede consultar a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
  - Si su empleador está utilizando una Red de Proveedores Médicos (MPN) o una Organización de Cuidado Médico (HCO), en la mayoría de los casos usted será tratado dentro de la MPN o la HCO a menos que usted designó previamente un médico personal o grupo médico. Una MPN es un grupo de médicos y proveedores de atención médica que proporcionan tratamiento a trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
  - Si su empleador no está utilizando una MPN o HCO, en la mayoría de los casos el administrador de reclamos puede escoger el médico que lo atiende primero, cuando usted se lesiona, a menos que usted designó previamente a un médico personal o grupo médico.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es un grupo de proveedores de asistencia médica designados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su médico previamente designado.** 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. Para más información, vea la siguiente información de contacto de la MPN :

Página web de la MPN: \_\_\_\_\_

Fecha de vigencia de la MPN: \_\_\_\_\_ Número de identificación de la MPN: \_\_\_\_\_

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: \_\_\_\_\_

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: \_\_\_\_\_

**Discriminación.** 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. 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.

**¿Preguntas?** Aprenda más sobre la compensación de trabajadores leyendo la información que se requiere que su empleador le dé cuando es contratado. Si usted tiene preguntas, vea a su empleador o al administrador de reclamos (que se encarga de los reclamos de compensación de trabajadores de su empleador):

Administrador de Reclamos \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador **Falls Lake Insurance Companies** \_\_\_\_\_ (Anoté "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en: \_\_\_\_\_ o llamando al número gratuito (800) 736-7401. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

**Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo.** 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.

Es posible que su empleador no sea responsable por el pago de beneficios de compensación de trabajadores para ninguna lesión que proviene de su participación voluntaria en cualquier **actividad fuera del trabajo, recreativa, social, o atlética** que no sea parte de sus deberes laborales.



## **Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness**

### **Complete Written Employee Notification Re: Medical Provider Network** (Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). This MPN is administered by Harbor Health Systems.

This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in choosing medical care for work-related injuries and illnesses.

- **What 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.

- **What is an MPN?**

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

- **What MPN is used by my employer?**

Your employer is using the Sedgwick/Harbor MPN - AG with the identification number 2359. You must refer to the MPN name and the MPN identification number whenever you have questions or requests about the MPN.

- **What if I need help finding and making an appointment with a doctor?**

The MPN's Medical Access Assistant will help you find available MPN physicians of your choice and can assist you with scheduling and confirming physician appointments. The Medical Access Assistant is available to assist you Monday through Saturday (except holidays) from 7am-8pm (Pacific) and schedule medical appointments during doctors' normal business hours. Assistance is available in English and in Spanish.

The contact information for the Medical Access Assistant is:

Toll Free Telephone Number: (877) 334-9425

Fax Number: (703) 673-0181

Email Address: [MPNMAA@harborsys.com](mailto:MPNMAA@harborsys.com)

- **Who can I contact if I have questions about my MPN?**

The MPN Contact listed in this notification will be able to answer your questions about the use of the MPN and will address any complaints regarding the MPN. Sedgwick MPN Coordinators will address all MPN operational needs pertinent to the management of the MPN.

The contacts for your MPN are:

Title: MPN Contact

Address: P.O. Box 1145

Elk Grove Village, IL 60009-1145

Telephone number: (888) 626-1737

Email address: [MPNContact@harborsys.com](mailto:MPNContact@harborsys.com)

Title: Sedgwick MPN Coordinator

Address: 8855 Haven Avenue

Rancho Cucamonga, CA 91730

Telephone number: (800) 625-6588

Email address: [MPNCoordinators@Sedgwick.com](mailto:MPNCoordinators@Sedgwick.com)

General information regarding the MPN can also be found at the following website: [www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG).

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

You can get a regional list of all MPN providers in your area by calling the MPN Contact or by going to our website at: [www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG). At minimum, the regional list 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 also have the right to obtain a list of all the MPN providers upon request.

You can access the roster of all treating physicians and roster of all participating providers in the MPN by going to the website at [www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG) (select "Roster of Treating Physicians/Providers" tile).

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

Your employer or the insurer for your employer will arrange the initial medical evaluation with an MPN physician. After the first medical visit, you may continue to be treated by that 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 primary treating physician for a referral to a specialist. Some specialists will only accept appointments with a referral from the primary treating physician. Such specialist might be listed as "by referral only" in your MPN directory.

If you need help in finding a doctor or scheduling a medical appointment, you may call the Medical Access Assistant.

- **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. Contact the MPN Contact or your claims adjuster if you want to change your treating physician.

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

The MPN has providers for the entire State of California.

The MPN must give you access to 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 3 primary treating physicians and an emergency healthcare facility within 30 minutes or 15 miles and specialists within 60 minutes or 30 miles of where you work or live.

If you live in a rural area or an area where there is a health care shortage, there may be a different standard. When health facilities are not available within 30 miles of your residence or workplace, you are allowed to obtain services from a non-contracted provider outside the MPN within a reasonable geographic area because all services shall be available and accessible at reasonable times to all covered employees.

After you have notified your employer of your injury, the MPN must provide initial treatment within 3 business days. If treatment with a specialist has been authorized, the appointment with the specialist must be provided to you within 20 working days of your request. If an appointment with a network specialist cannot be scheduled within 10 working days of your request, you may be allowed to obtain treatment with an appropriate specialist outside the MPN.

If you have trouble getting an appointment with a provider in the MPN, contact the Medical Access Assistant.

If there are no MPN providers in the appropriate specialty available to treat your injury within the distance and timeframe requirements, then you will be allowed to seek the necessary treatment outside of 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 Contact for assistance in finding a physician or for additional information.

- **What if I need a specialist that is not available 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 Contact or your claims adjuster and tell them you want a second opinion. The MPN should give you at least a regional or full 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 or your claims adjuster 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 the MPN Contact or your claims adjuster and you. 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 MPN Independent Medical Review (MPN IMR). Your claims adjuster or MPN Contact will give you information on requesting an MPN Independent Medical Review and fill in the MPN Contact section of an MPN IMR application form for you when you select a third-opinion physician.

If either the second or third-opinion doctor or MPN Independent Medical Reviewer agrees with your need for a treatment or test, you may be allowed to receive that medical service from a provider within the MPN or if the MPN does not contain a physician who can provide the recommended treatment, you may choose a physician outside the MPN within a reasonable geographic area.

- **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 your current doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see an MPN physician. However, 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 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 set forth in the section 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 its claims administrator 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 an 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 Transfer of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

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

Your employer or its claims administrator 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 or its claims administrator decides that you do not qualify to continue your care with the non-MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of this decision.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must choose an MPN physician. These conditions are set forth in the “***Can I Continue Being Treated By My Doctor?***” section above.

You can disagree with your employer’s or its claims administrator’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 section 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, your employer’s or its claims administrator’s decision to deny you Continuity of Care with your doctor who is no longer participating in the MPN will apply, and you will be required to choose an MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the selection of another MPN doctor for your continued treatment. 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 Continuity of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

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

- **MPN Contact:** You may always contact the MPN Contact if you have questions about the use of the MPN and to address any complaints regarding the MPN.
- **Medical Access Assistants:** You can contact the Medical Access Assistant if you need help finding MPN physicians and scheduling and confirming appointments.
- **Division of Workers’ Compensation (DWC):** If you have any questions regarding your rights and responsibilities under California workers’ compensation law, you can call the Information & Assistance (I&A) Unit at 1-800-736-7401 for a recorded message or access its webpage <https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html> to locate the contact information of your nearest local I&A office for assistance. You can also go to the 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.
- **MPN Independent Medical Review:** If you have questions about the MPN 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

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

## **Información Importante sobre el Cuidado Médico si tiene una Lesión o Enfermedad Relacionada con el Trabajo**

### **Notificación Escrita Completa del Empleado Re: Red de Proveedores Médicos** (Título 8, Código de Regulaciones de California, sección 9767.12)

La ley de California requiere que su empleador le proporcione y pague por el tratamiento médico si se lesiona en el trabajo. Su empleador ha escogido proporcionar este cuidado médico utilizando un médico de la red de Compensación de Trabajadores llamada la Red de Proveedores Médicos (MPN). Esta MPN es administrada por Harbor Health Systems.

Esta notificación le informará de lo que necesita conocer sobre el programa de la MPN y describe sus derechos en escoger los cuidados médicos para sus lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- **¿Qué sucede si me lesiono en el trabajo?**

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

Si se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador tan pronto sea posible. Su empleador le proporcionará el formulario del reclamo. Cuando notifica a su empleador que ha tenido una lesión relacionada con el trabajo, su empleador o asegurador le hará la cita inicial con un médico de la MPN.

- **¿Qué es la MPN?**

La Red de Proveedores Médicos (MPN) es un grupo de proveedores de cuidados de la salud (médicos y otros proveedores médicos) utilizados por su empleador para tratar a los trabajadores lesionados en el trabajo. La Red de Proveedores Médicos (MPN) debe permitir que los empleados tengan una selección de proveedores(es). Cada MPN debe incluir una combinación de médicos especializados en lesiones relacionadas con el trabajo y médicos con experiencia en áreas generales de medicina.

- **¿Cual Red de Proveedores Médicos (MPN) es utilizada por mi empleador?**

Su empleador se encuentra utilizando la Red de Proveedores Médicos de Sedgwick/Harbor MPN - AG con número de identificación 2359. Debe hacer referencia al nombre de la MPN y al número de identificación de la MPN siempre que tenga preguntas o solicitudes sobre la MPN.

- **¿Qué sucede si necesito ayuda en encontrar y hacer una cita con un médico?**

El Asistente de Acceso Médico de la MPN lo ayudará a encontrar los médicos de la MPN de su elección disponibles y puede ayudarle a programar y confirmar las citas con los médicos. El Asistente de Acceso Médico se encuentra disponible para ayudarle de lunes a sábados (excepto festivos) de 7am – 8pm (Pacífico) y para programar citas médicas durante horas normales laborables. La asistencia se encuentra disponible en inglés y español. La información de contacto para el Asistente de Acceso Médico es:

Número de Teléfono Gratuito: (877) 334-9425

Número de Fax: (703) 673-0181

Dirección de Correo Electrónico: [MPNMAA@harcorsys.com](mailto:MPNMAA@harcorsys.com)

- **¿Con quién me puedo comunicar si tengo preguntas sobre mi MPN?**

El Contacto de la MPN nombrado en esta notificación será capaz de contestar sus preguntas sobre el uso de la MPN y dirigirá cualquier queja relacionada con la MPN. Sedgwick MPN Coordinadores abordará todas las necesidades operativas de la MPN pertinentes a la gestión de la MPN.

El Contacto de la MPN es:

Título: Contacto de la MPN

Dirección: P.O. Box 1145

Elk Grove Village, IL 60009-1145

Número de Teléfono: (888) 626-1737

Dirección de Correo Electrónico:

[MPNContact@harborsys.com](mailto:MPNContact@harborsys.com)

Título: Sedgwick MPN Coordinator

Dirección: 8855 Haven Avenue

Rancho Cucamonga, CA 91730

Número de Teléfono: (800) 625-6588

Dirección de Correo Electrónico:

[MPNCoordinators@Sedgwick.com](mailto:MPNCoordinators@Sedgwick.com)

Información general relacionada con la MPN también puede ser encontrada en el siguiente sitio web:

[www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG)

- **¿Cómo puedo saber que médicos se encuentran en mi Red de Proveedores Médicos (MPN)?**

Usted puede obtener una lista regional de todos los proveedores de la MPN en su área llamando al Contacto de la MPN o visitando nuestro sitio web en: [www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG). Como mínimo, la lista regional debe incluir una lista de todos los proveedores de la MPN dentro de quince (15) millas del lugar de su trabajo y/o residencia o una lista de todos los proveedores de la MPN dentro del condado o donde vive y/o trabaja. Usted puede escoger cual lista desea recibir. También, tiene derecho a obtener una lista de todos los proveedores de la MPN una vez la solicite.

Puede acceder a la lista de todos los médicos tratantes y la lista de todos los proveedores participantes en el MPN visitando el sitio web en [www.sedgwickproviders.com/AG](http://www.sedgwickproviders.com/AG) (seleccione el mosaico "Lista de Médicos/Tratantes/Proveedores").

- **¿Cómo escojo un proveedor?**

Su empleador o el asegurador de su empleador harán los arreglos para la evaluación médica inicial con un médico de la MPN. Después de la primera visita, puede continuar siendo tratado por ese médico, o puede escoger otro médico de la MPN. Puede continuar escogiendo médicos dentro de la MPN para todos sus cuidados médicos para esta lesión.

Si es apropiado, usted puede escoger un especialista o puede solicitarle a su médico tratante primario que lo refiera a un especialista. Algunos especialistas solo aceptarán citas con el referido del médico tratante primario. Dicho especialista podría estar en la lista como "solo por referido" en el directorio de su MPN.

Si necesita ayuda en encontrar un médico o en programar una cita médica, puede llamar al Asistente de Acceso Médico.

- **¿Puedo cambiar de proveedores?**

Sí. Usted puede cambiar de proveedores dentro de la MPN por cualquier razón, pero los proveedores que escoja deberán ser apropiados para tratar su lesión. Comuníquese con el Contacto de la MPN o con el ajustador de su reclamo si desea cambiar de médico tratante.

- **¿Con que estándares tiene que cumplir la MPN?**

La MPN tiene proveedores a través de todo el estado de California.

La MPN le brindará acceso a la lista regional de proveedores que incluye al menos (3) médicos de cada especialidad comúnmente utilizados para tratar lesiones/ enfermedades relacionadas con el trabajo en su industria. La MPN deberá proporcionar acceso a 3 médicos tratantes primarios y un centro de atención médica de emergencia dentro de treinta (30) minutos o quince (15) millas, y especialistas dentro de sesenta (60) minutos o treinta (30) millas de donde trabaja o vive.

Si trabaja en un área rural o un área donde hay escasez de cuidados médicos, puede existir un estándar diferente. Cuando los centros de salud no están disponibles dentro de las 30 millas de su residencia o lugar de trabajo, se le permite obtener servicios de un proveedor no contratado fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable porque todos los servicios estarán disponibles y accesibles en horarios razonables para todos los empleados cubiertos.

Después que usted ha notificado su empleador de su lesión, la MPN debe proporcionar el tratamiento inicial dentro de tres (3) días laborables. Si el tratamiento con el especialista ha sido autorizado, la cita con el especialista deberá ser proporcionada dentro de los 20 días hábiles siguientes a su solicitud. Si no se puede programar una cita con un especialista de la red dentro de los 10 días hábiles posteriores a su solicitud, es posible que se le permita obtener tratamiento con un especialista apropiado fuera de la MPN.

Si tiene problemas obteniendo la cita con el proveedor de la MPN, comuníquese con el Asistente de Acceso Médico.

Si no existen proveedores de la MPN de la especialidad apropiada disponibles para tratar su lesión dentro de los requerimientos de distancia y periodo de tiempo, entonces a usted se le permitirá buscar el tratamiento necesario fuera de la MPN.

- **¿Qué sucede si no existen proveedores de la MPN donde me encuentro localizado?**

Si es un empleado actual que se encuentra viviendo en un área rural o trabajando temporalmente fuera del área de servicio de la MPN, o es un ex empleado viviendo permanentemente fuera del área de servicio de la MPN, la MPN o su médico tratante le proporcionará una lista con al menos tres (3) médicos que puedan tratarlo. La MPN también puede permitirle escoger su propio médico fuera de la red de la MPN. Comuníquese con su Coordinador de la MPN para asistencia en encontrar un médico o para información adicional.

- **¿Qué sucede si necesito un especialista que no se encuentra disponible dentro de la MPN?**

Si necesita ver un tipo de especialista que no se encuentra disponible en la MPN, usted tiene derecho a un especialista fuera de la MPN.

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

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

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento prescrito por su médico, puede solicitar una segunda opinión de otro médico dentro de la MPN. Si desea una segunda opinión, debe comunicarse con el Contacto de la MPN o con su ajustador de los reclamos y debe decirle que desea una segunda opinión. La MPN deberá proporcionarle al menos una lista regional o completa de los proveedores de la MPN de los cuales puede escoger el médico de la segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debe escoger un médico de la lista de la MPN y hacer una cita dentro de sesenta (60) días. Usted debe decirle al Contacto de la MPN su ajustador de los reclamos la fecha de la cita, y la MPN le enviará al médico una copia de sus expedientes médicos. Usted puede solicitar una copia de sus expedientes médicos que serán enviados al médico.

Si no hace una cita dentro de sesenta (60) días de recibir la lista regional de proveedores, a usted no se le permitirá tener una segunda o tercera opinión relacionada al diagnóstico o tratamiento disputado de su médico tratante.

Si el médico de la segunda opinión siente que su lesión se encuentra fuera del tipo de lesión que él o ella normalmente trata, la oficina del médico le notificará a su Contacto de la MPN o su ajustador de los reclamos y a usted. Usted se le entregará otra lista de médicos o especialistas de la MPN para que pueda hacer otra selección.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión. Si solicita una tercera opinión, tendrá que ir a través del mismo proceso que pasó con la segunda opinión.

Recuerde que si no hace una cita dentro de sesenta (60) días a partir de recibir la otra lista de proveedores de la MPN, entonces no se le permitirá tener una tercera opinión relacionada al diagnóstico o tratamiento disputado de su médico tratante.



Si no está de acuerdo con el médico de la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (con sus siglas en inglés, MPN IMR) de la MPN. Su asegurador o el Contacto de MPN le brindará información sobre como solicitar una Revisión Médica Independiente de la MPN y completará la sección de contacto de un formulario de un solicitud de IMR de MPN cuando seleccione un médico de tercera opinión.

Si el médico de la segunda o tercera opinión o el Revisor Médico Independiente de la MPN está de acuerdo en que usted necesita el tratamiento o prueba, a usted se le puede permitir recibir ese servicio médico de un proveedor dentro de la MPN o si la MPN no contiene un médico que pueda proporcionar el tratamiento recomendado, puede escoger un médico fuera de la MPN dentro de una área geográfica razonable.

- **¿Qué sucede si ya estoy siendo tratado por una lesión relacionada con el trabajo antes de que comience la MPN?**

Su empleador o asegurador tienen una póliza de “*Transferencia de los Cuidados*” la cual determinará si puede continuar siendo tratado temporalmente por una lesión relacionada con el trabajo existente por un médico fuera de la MPN antes de que su cuidado sea transferido a la MPN.

Si su médico actual no es o no se convierte en un miembro de la MPN, entonces a usted se le puede requerir ver a un médico de la MPN. Sin embargo, si usted ha predestinado apropiadamente a un médico tratante primario, usted no puede ser transferido a la MPN (si tiene preguntas sobre la predestinación, pregunte a su supervisor).

Si su empleador decide transferirlo a la MPN, usted y su médico tratante primario deberán recibir una carta notificándoles de la transferencia.

Si usted cumple con ciertas condiciones, puede calificar para continuar tratándose con un médico que no pertenezca a la MPN por hasta un (1) año antes de que sea transferido a la MPN. Las condiciones de calificación para posponer la transferencia de su atención a la MPN se establecen en la sección siguiente:

**¿Puedo Continuar Siendo Tratado por Mi Médico?**

Usted puede calificar para continuar recibiendo el tratamiento con su proveedor que no pertenece a la MPN (a través de la transferencia de los cuidados o continuidad de los cuidados) por hasta un (1) año, si su lesión o enfermedad cumple con cualquiera de las siguientes condiciones:

- **(Aguda)** El tratamiento para su lesión o enfermedad será completado en menos de noventa (90) días;
- **(Seria o Crónica)** Su lesión o enfermedad es una que es seria y continua por al menos noventa (90) días sin una cura completa o empeora, y requiere tratamiento en lo subsiguiente. A usted se le puede permitir ser tratado por su médico tratante actual por hasta un (1) año, hasta que la transferencia del cuidado pueda ser realizada de manera segura.
- **(Terminal)** Usted tiene una enfermedad incurable o una condición irreversible que es probable que le cause la muerte dentro de un (1) año o menos.
- **(Cirugía Pendiente)** Ya tiene una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por su empleador o su administrador de reclamaciones que ocurrirá dentro de ciento ochenta (180) días de la fecha de efectividad de la MPN, o la terminación de la fecha del contrato entre la MPN y su médico.

Usted puede estar en desacuerdo con la decisión de su empleador de transferir su cuidado a la MPN. Si no desea ser transferido a la MPN, solicítele a su médico tratante primario un reporte médico que indique que tiene una (1) de las cuatro (4) condiciones indicadas anteriormente para calificar en posponer su transferencia a la MPN.

Su médico tratante primario tiene veinte (20) días a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del reporte de su condición. Si su médico tratante primario no le entrega el reporte dentro de veinte (20) días a partir de la solicitud, el empleador puede transferir su cuidado a la MPN, y a usted se le requerirá el utilizar un médico de la MPN.

Necesitará brindarle una copia del reporte a su empleador, si desea posponer la transferencia de sus cuidados. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el reporte del médico de su condición, usted o su empleador pueden disputarlo. Vea la póliza completa de Transferencia de los Cuidados para más detalles del proceso de resolución de disputas.

Para una copia de la póliza de Transferencia de los Cuidados, en inglés o español, solicítela a su Contacto de la MPN.

- **¿Qué sucede si estoy siendo tratado por un médico de la MPN que decide dejar la MPN?**

Su empleador o su administrador de reclamaciones tienen la póliza escrita de “*Continuidad de los Cuidados*” que determinará si puede continuar temporalmente el tratamiento de una lesión existente relacionada con el trabajo con su médico, si su médico decide no se encuentra participando por más tiempo en la MPN.

Si su empleador o su administrador de reclamaciones decide que usted no califica para continuar su cuidado con un proveedor que no pertenece a la MPN, usted y su médico tratante primario deberán recibir una carta notificándoles de esta decisión.

Si cumple con ciertas condiciones, usted puede calificar para continuar siendo tratado con este médico por hasta un (1) año antes de que deba escoger un médico de la MPN. Estas condiciones se establecen en la sección, **¿Puedo seguir siendo tratado por mi médico?**

Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador o su administrador de reclamaciones de denegar la Continuidad de sus Cuidados con el proveedor terminado de la MPN. Si desea continuar tratando con el médico terminado, pídale a su médico de cabecera un informe médico sobre si usted tiene una de las cuatro condiciones indicadas en la sección anterior para ver si califica para continuar tratando temporalmente con su médico actual.

Su médico tratante primario tiene veinte (20) días a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del reporte médico de su condición. Si su médico tratante primario no le entrega el reporte dentro de veinte (20) días a partir de la solicitud, aplicará la decisión de su empleador o su administrador de reclamaciones de denegar la Continuidad de sus Cuidados con su médico que no se encuentra participando por más tiempo en la MPN, y a usted se le requerirá escoger un médico de la MPN.

Necesitará entregarle una copia del reporte a su empleador si desea posponer la selección de un médico de la MPN para el tratamiento. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el reporte de su condición de su médico, usted o su empleador pueden disputarlo. Vea la póliza completa de Continuidad de los Cuidados para más detalles del proceso de resolución de disputas.

Para una copia de la póliza de Continuidad de los Cuidados, en inglés o español, solicítela a su Contacto de la MPN.

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

- **Contacto de la MPN:** Siempre puede comunicarse con el Contacto de la MPN, si tiene preguntas sobre el uso de la MPN y para dirigir cualquier queja relacionada con la MPN.
- **Asistentes de Acceso Médico:** Puede comunicarse con el Asistente de Acceso Médico si necesita ayuda para encontrar médicos en la MPN, programar y confirmar citas.
- **División de Compensación de Trabajadores (DWC):** Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos y responsabilidades bajo la ley de compensación de trabajadores de California, puede llamar a la Unidad de Información y Asistencia (I&A) de DWC al 1-800-736-7401 para obtener un mensaje grabado o acceder a su página web <https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html> para localizar la información de contacto de su oficina local de I&A más cercana para obtener ayuda. También puede ir al sitio web del DWC en [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) y hacer clic en "redes de proveedores médicos" para obtener más información sobre las MPN.

- **Revisión Médica Independiente de la MPN:** Si tiene preguntas sobre el proceso de la Revisión Médica Independiente de la MPN, comuníquese 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 o (800) 794-6900

**Mantenga esta información en caso de que tenga una lesión  
o enfermedad relacionada con el trabajo.**

## 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).

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

## DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

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

- En la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- el médico es su médico regular, que será o un médico que ha limitado su práctica médica a medicina general o un internista certificado o elegible para serlo, 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 personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- 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 personal lo trate para una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador si usted desea que su médico personal o médico osteópata lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y que los requisitos mencionados arriba se cumplan.

## AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICOPERSONAL

**Empleado: Rellene esta sección.**

A: \_\_\_\_\_ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad laboral, yo elijo recibir tratamiento médico de:

\_\_\_\_\_  
(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):

\_\_\_\_\_  
Dirección del Empleado:

\_\_\_\_\_  
Nombre de Compañía de Seguros, Plan o Fondo proporcionando cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales:

\_\_\_\_\_  
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 a ser designado previamente de acuerdo al Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9780.1(a) (3).

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.