

Dear Policyholder:

The enclosed materials will help you to meet **California legislative requirements** and will help you prevent and control the costs of workplace injuries. Some of the materials may be new to you, so we have outlined the steps you should take once you have reviewed the enclosed materials.

AT THIS TIME

1. Provide **Facts About Workers' Compensation** brochure to each of your current employees and future new hires.
2. Post the **Notice to Employees—Injuries Caused by Work (DWC 7)** in a noticeable location - such as the employee bulletin board and at all locations where you have employees. Spanish versions must be posted where you have Spanish-speaking employees.
3. We recommend that you post the **Fraud Poster** in a common area frequented by all employees. Preventing workers' compensation insurance fraud begins with educating employees about the consequences of committing this crime.

WHEN A WORK INJURY OCCURS

1. **Call 911 for emergency and life-threatening situations.** Take care of the employee first.
2. Immediately report the claim using the Preferred Employers Hotline at (888) 472-9001, or report on-line at www.peiwc.com and click on "Report a Claim". Our staff will complete The Employer's Report of Occupational Injury or Illness (Form 5020) and a copy will be mailed to your for your records.

Every employer is required to file a complete report of every occupational injury or illness for each employee which results in lost time beyond the date of injury or illness or which requires medical treatment beyond first aid. Lost time means absence from work for a full day or shift beyond the date of the injury or illness.

3. Send the employee to a physician who participates in the Preferred Select Medical Provider Network (MPN) for treatment. Please provide your employee with the enclosed **"Instant Access Card"** for initial pharmaceutical needs due to an injury-related claim.

To find a MPN provider near your location, visit us at www.peiwc.com and click on "Find a Doctor". If you are having trouble locating a Medical Provider Network (MPN) physician, or scheduling an appointment, a Medical Access Assistant is available to help you Monday through Saturday, 7 a.m. to 8 p.m., Pacific Time. Please call toll free at (888) 799-6477.

4. Provide a **Workers' Compensation Claim Form (DWC 1)**, the **Initial Written Employee Notification (MPN Notice)**, and the **Information for the Injured Workers** brochure to the injured worker within one working day of receiving notice of a work-related injury or illness which results in lost time beyond the date of injury or illness or which results in medical treatment beyond first aid. Employers must provide, personally or by first class mail, a claim form (DWC-1) to the injured employee, or in the case of death, to his or her dependent(s). A completed Claim Form (DWC-1) must be filed with the employer by an agent of the employee or dependent.

First aid medical care must be provided for injured employees. First aid is any one-time treatment, and a follow-up visit for the purpose of observing minor scratches, cuts, burns, splinters, etc., which do not ordinarily require medical care. Such one-time treatment is considered first aid, even though provided by a physician or registered professional personnel

5. Record the injury or illness on the OSHA Log (Form 300). **If this is a fatality or serious injury/illness, you must report the incident to the nearest Cal/OSHA office within 8 hours.** Examples of serious injuries are amputation, disfigurement, or in-patient hospitalization in excess of 24 hours for other than observation. Failure to report serious injuries/illnesses as described may result in a \$5,000 fine. For the nearest Cal/OSHA office, call (510) 286-7000 or use the web at www.dir.ca.gov/DOSH/DistrictOffices.htm. For Cal/OSHA consultation services, call (800) 963-9424.
6. Start planning for your employee's return to regular or modified work by working closely with your claim representative.

If you need assistance or additional documents, please use your most convenient method below to contact us:

On the web: www.peiwc.com

Toll free hotline: (888) 472-9001 (select option "1")

E-mail: customerservice@peiwc.com

Risk Advisors: safety@peiwc.com

Sincerely,

Preferred Employers Group



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: www.peiwc.com

MPN Effective Date: **6/1/08 (PEI) 1/10/13 (StarNet)** MPN Identification number: **1226 (PEI) / 2087 (StartNet)**

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: **(888) 799 - 6477**

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: **(866) 472-9602**

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 **Preferred Employers Group** Phone **(888) 472-9001**

Workers' compensation insurer **Preferred Employers Group** (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 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: www.peiwc.com

Fecha de vigencia de la MPN: **PEI 5/08 Starnet 1/13** Número de identificación de la MPN: **PEI (1226) / StarNet (2087)**

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: **(866) 799-6477**

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 despidan por sufrir una lesión o enfermedad en el trabajo, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. 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 **Preferred Employers Group** Teléfono **(866) 472-9602**

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador **Preferred Employers Group** (Anote "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 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.

State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		<i>PREFERRED EMPLOYERS</i> <i>Insurance</i> a Berkley Company Workers' Compensation Claims Department P.O. Box 85838, San Diego CA 92186-5838 Hotline: (888)-472-9001 Tollfree: (888)-472-9224		OSHA CASE NO. FATALITY ☐	
Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.		California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.			
EMPLOYER INFORMATION	1. FIRM NAME		1a. Policy Number	Please do not use this Column CASE NUMBER OWNERSHIP INDUSTRY	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)		2a. Phone Number		
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)		3a. Location Code		
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g., Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.		5. State unemployment insurance acct. no.		OCCUPATION
	6. TYPE OF EMPLOYER ☐ Private ☐ State ☐ County ☐ City ☐ School District ☐ Gov't, Specify: _____				
	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)	SEX
	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 DAY'S 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)	AGE
	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				
	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)		20a. COUNTY	21. ON EMPLOYER'S PREMISES? ☐ Yes ☐ No	DAILY HOURS
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Shipping department, machine shop.		23. Other Workers Injured/Ill in this event? ☐ Yes ☐ No			
INJURY OR ILLNESS	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold:				DAYS PER WEEK
	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck				
	26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g., Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY.				WEEKLY HOURS
					WEEKLY WAGE
					COUNTY
	27. NAME AND ADDRESS OF PHYSICIAN (Number, Street, City, Zip)		27a. Phone Number	NATURE OF INJURY	
	28. HOSPITALIZED AS AN INPATIENT OVERNIGHT? ☐ No ☐ Yes If yes then, NAME AND ADDRESS OF HOSPITAL (Number, Street, City, Zip).		28a. Phone Number	PART OF BODY	
			29. Employee treated in Emergency Room? ☐ Yes ☐ No		
	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.*				
	30. EMPLOYEE NAME		31. SOCIAL SECURITY NUMBER	32. DATE OF BIRTH (mm / dd / yy)	EVENT
33. HOME ADDRESS (Number, Street, City, Zip)		33a. PHONE NUMBER		SECONDARY SOURCE	
34. SEX: ☐ Male ☐ Female	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)		36. DATE OF HIRE (mm / dd / yy)		
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS ☐ regular, full-time ☐ part-time ☐ temporary ☐ seasonal	37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WERE WAGES ASSIGNED?	EXTENT OF INJURY	
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.					



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.

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 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.

Learn More About Workers' Compensation: For more information about the workers' compensation claims process, go to 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 un 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 despidan 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.

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 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.

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. 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 Division 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

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

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 ***Preferred Employers Group on behalf of Preferred Employers Insurance Company (MPN Log # 1226) & StarNet Insurance Company (MPN Log# 2087)***. 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 Preferred Select MPN with the identification number of 1226 (for Preferred Employers Insurance) or 2087 (for StarNet Insurance Company). You must refer to the MPN name and the MPN identification number whenever you have questions or requests about the MPN.

- **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.

The contact for your MPN is:

Name: Preferred Employers Insurance Company
Title: Preferred Select MPN Contact
Address: P.O. Box 85838, San Diego, CA 92186-5838
Telephone Number: (866) 472-9602
Email address: MPN@peiwc.com

- **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.peiwc.com. 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. MPN listings will be provided electronically on a CD, flash drive, U.S. Mail or via email.

To locate a MPN provider on the website, from the Preferred Employers Insurance Company homepage, click on “Find a Doctor” and enter your claim number and last 4 digits of your social security number. Once you are logged in, you may search by provider specialty or provider name, then click on the “Continue” button. Enter your address and type of provider you would like to locate, then click on the “Find Providers Now” button. If you would like to narrow your search, click on the “Refine Search” button and choose the specific specialty you would like to locate.

If you do not have a claim number or experience difficulty logging into the website please contact the MPN Contact above for further assistance. For general information about the Preferred Select MPN, please visit www.peiwc.com.

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

Your employer or the insurer for your employer will arrange the initial medical evaluation with a 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 treating doctor for a referral to a specialist. Some specialists will only accept appointments with a referral from the treating doctor. 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

- **Having trouble locating a MPN provider or scheduling an appointment?**

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 from 7am-8pm (Pacific) and available to 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: (888) 799-6477

Fax Number: (866) 326-1335

Email Address: mpn@peiwc.com

- **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 Preferred Select MPN has providers for the entire state of California.

The Preferred Select MPN must give you a regional list of providers that includes at least three physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The Preferred Select MPN must provide access to primary physicians within 15 miles and specialists within 30 miles. All covered employees with a residence or work place beyond 30 miles of a MPN health facility may receive care from an out-of-network, non-contracted provider.

If you live in a rural area or an area where there is a health care shortage, there may be a different standard.

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 business days of your request.

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

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

If you are temporarily working or living outside the Preferred Select MPN service areas or in a rural area, the MPN Contact will give you a list of at least three physicians who can treat you. The Preferred Select MPN may also allow you to choose your own doctor outside of the MPN network. Contact the MPN Contact for assistance in finding a physician or for additional information.

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

If you need to see a specialist that is not available in the Preferred Select 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 always 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 Preferred Select MPN. If you want a **second opinion**, you must contact the MPN Contact and tell them you want a second opinion. The MPN contact should give you at least a regional MPN provider list from which you can choose a second opinion doctor. To get a second opinion, you must choose a doctor from the Preferred Select MPN and make an appointment within 60 days. You must tell the MPN Contact of your appointment date and the MPN contact will

send the doctor a copy of your medical records. You can request a copy of your medical records that will be sent to your doctor.

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

If the second opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the doctor's office will notify your employer's insurer. You will receive a new list of Preferred Select 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 regional 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 (IMR)**. Your MPN contact person will give you information on requesting an Independent Medical Review and a form at the time you request a third opinion.

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

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

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

Your insurance carrier 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 the MPN before your care is transferred into the MPN.

If you have properly pre-designated a primary treating physician, you cannot be transferred into the MPN. (If you have questions about pre-designation, ask your supervisor.) If your current doctor is not or does not become a member of Preferred Select MPN, then you may be required to see a Preferred Select MPN provider for an evaluation.

If your employer's insurer decides to transfer you into the Preferred Select 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 one year before you are transferred in the Preferred Select MPN. The qualifying conditions to postpone the transfer of your care into the Preferred Select MPN are in the box below.

Can I Continue Being Treated By My Doctor?

You may qualify for continuing treatment with your non-MPN provider (through transfer of care or continuity of care) for up to one 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's insurer that will occur within 180 days of the Preferred Select MPN effective date, or the termination of the contract between the Preferred Select MPN and your doctor.

You can disagree with your employer's insurer's decision to transfer your care into the Preferred Select MPN. If you don't want to be transferred into the Preferred Select 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 Preferred Select MPN.

Your primary treating doctor 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's insurer can transfer your care into the MPN and you will be required to use a Preferred Select MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer's insurer, if you wish to postpone the transfer of your care. If you or the Preferred Select MPN disagrees with your treating doctor's report, you or the Preferred Select MPN 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 the MPN Contact.

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

Your insurance carrier 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 Preferred Select MPN.

If your employer's insurer decides that you do not qualify to continuing your care with the non-MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter of notification pursuant to 8 CCR § 9767.10(d)(1).

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must switch to a Preferred Select MPN physician. These conditions are set forth in the box above, entitled ***"Can I Continue Being Treated By My Doctor?"***

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

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

You will need to give a copy of the report to your employer's insurer, if you wish to postpone the transfer of your care. If you or the Preferred Select MPN disagrees with your treating doctor's report, you or the Preferred Select MPN 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 in Spanish, ask the 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.
- **DWC Information & Assistance Officer:** If you have concerns, complaints or questions regarding the MPN, the notification process, or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call DWC's Information and Assistance at 1-800-736-7401. You can also go to DWC's website at www.dir.ca.gov/dwc and click on "medical provider networks" for more information about MPN's.
- **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.

Guía de Información Importante sobre Cuidado Médico si tiene una Lesión o Enfermedad de Trabajo

Notificación Inicial Escrita y Completa del Empleado sobre la 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 su tratamiento médico si se lesiona en el trabajo. Su empleador ha elegido proporcionarle este cuidado médico utilizando una red de médicos de Compensación de Trabajadores llamada Red de Proveedores Médicos o MPN (Medical Provider Network), por sus siglas en inglés. Esta red MPN es administrada por la compañía de seguros de Compensación de Trabajadores de su empleador, ***Preferred Employers Group en nombre de Preferred Employers Insurance Company (MPN Log #1226) y StarNet Insurance Company (MPN Log# 2087)***. Esta notificación le informará lo que necesita saber sobre el programa de la red de proveedores médicos, MPN y le describirá sus derechos al elegir cuidado médico para sus lesiones o enfermedades de trabajo.

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

En caso de una emergencia deberá llamar al 911 o acudir a la Sala de Emergencias más cercana. Si se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador lo más pronto posible. Su empleador le proporcionará un formulario de reclamo. Cuando usted notifique a su empleador que ha sufrido una lesión de trabajo, su empleador o la compañía de seguros de su empleador le agendará una cita con un médico dentro de la Red de Proveedores Médicos, MPN.

- **¿Qué es una MPN?**

Una Red de Proveedores Médicos o MPN es un grupo de proveedores de asistencia médica (médicos y otros proveedores médicos) utilizados por su empleador para atender a trabajadores que se lesionan en el trabajo. Las redes MPN deberán permitir que los empleados tengan una selección de proveedor(es). Cada MPN debe incluir una combinación de médicos que se especializan en lesiones de trabajo y médicos expertos en áreas de Medicina General.

- **¿Cuál red MPN es utilizada por mi empleador?**

Su empleador utiliza la red Preferred Select MPN con el número de identificación 1226 (Preferred Employers Insurance ó 2087 para StarNet Insurance Company). Deberá referirse a la red MPN por su nombre y número de identificación cuando tenga preguntas o solicitudes sobre la red MPN.

- **¿A quién puedo contactar si tengo preguntas sobre mi red MPN?**

El Contacto de la red MPN listado en esta guía podrá contestar sus preguntas sobre el uso de la red MPN y podrá atender cualquier queja relacionada con la red MPN.

El Contacto para su red MPN es:

Nombre: Compañía de Seguros *Preferred Employers Insurance Company*

Título: Contacto Preferred Select MPN Contact

Dirección: P.O. Box 85838, San Diego, CA 92186-5838

Número Telefónico: (866) 472-9602

Dirección de Correo Electrónico: MPN@peiwc.com

También puede encontrar información general sobre la red MPN en el siguiente sitio web: www.peiwc.com

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

Puede obtener una lista regional de todos los proveedores de la red MPN de su área llamando al Contacto de la red MPN o visitando nuestro sitio web: www.peiwc.com. Como mínimo, la lista regional deberá incluir un listado de todos los proveedores de la red MPN dentro de 15 millas de distancia de su lugar de trabajo o residencia o una lista de todos los proveedores de la red MPN dentro del condado donde viva y/o trabaje. Usted podrá seleccionar cuál lista desea recibir.

De la página principal del sitio web de Preferred Employers Insurance Company, www.peiwc.com haga clic en “*Find a Doctor*” e ingrese su número de reclamo y los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Una vez que haya ingresado a la sesión, puede buscar proveedores por especialidad o por nombre de proveedor y enseguida hacer clic en el botón “*Continue*” para continuar. Ingrese su dirección y el tipo de proveedor que desea localizar, enseguida haga clic en el botón “*Find Providers Now*” para buscar proveedores. Si desea limitar su búsqueda, haga clic en “*Refine Search*” para refinar su búsqueda y elija la especialidad específica que desee localizar.

También tiene derecho de solicitar y obtener una lista completa de todos los proveedores de la red MPN. Para obtener dicha lista, favor de llamar al Contacto de la red MPN descrita en esta guía. Un listado impreso será enviado por paquetería con entrega al día siguiente.

Si un empleado solicita un directorio electrónico de proveedores se proporcionara en formato electrónico vía CD, unidad flash o por correo electrónico.

Si usted no tiene número de reclamo o tiene dificultad para iniciar la sesión en el sitio web, favor de dirigirse al Contacto de la red MPN descrito en esta guía para obtener más ayuda.

- **¿Cómo escojo a un proveedor?**

Su empleador o la compañía de seguros de su empleador agendará la evaluación médica inicial con un médico de la red MPN. Después de la primera visita médica, puede continuar atendiéndose con ese médico o puede elegir otro médico dentro de la red MPN. Puede continuar eligiendo médicos dentro de la red MPN para todo su cuidado médico para esta lesión. Si es apropiado, puede seleccionar un especialista o puede solicitarle al médico que lo está atendiendo que lo refiera a un especialista.

Algunos especialistas solo aceptan citas con referencias del médico tratante. Puede que dichos especialistas se listen como “*by referral only*” (“solo por referencia”) en su directorio de la red MPN.

Si necesita ayuda para elegir a un médico o para hacer una cita, puede comunicarse con el Asistente de Acceso Médico descrita en esta guía.

- **¿Tiene problemas localizando a un proveedor de la red MPN o en agendar una cita?**

El Asistente de Acceso Médico de la red MPN puede ayudarle a localizar médicos de su elección dentro de la red MPN y puede asistirle en agendar y confirmar citas con su médico. El Asistente de Acceso Médico está disponible para atenderlo de Lunes a Viernes de 7am a 8pm (Horario Pacífico) y para agendar citas médicas dentro de los horarios de oficina regulares de médicos. La asistencia está disponible en inglés y español. La información de contacto para el Asistente de Acceso Médico es:

Teléfono gratuito: (888) 799-6477
Número de Fax: (866) 326-1335
Correo Electrónico: mpn@peiwc.com

- **¿Puedo cambiar de proveedor?**

Sí. Usted puede cambiar de proveedores dentro de la red MPN por cualquier razón, pero los proveedores que elija deben ser apropiados para tratar su lesión. Favor de comunicarse con el Contacto de la red MPN o su ajustador de reclamos si quiere cambiar de médico tratante.

- **¿Qué criterios debe cumplir la red MPN?**

La red Preferred Select MPN tiene proveedores en todo el estado de California.

La red Preferred Select MPN deberá proporcionarle una lista regional de proveedores que incluya por lo menos tres médicos en cada especialidad usualmente utilizada para tratar lesiones o enfermedades de trabajo en su industria. La red Preferred Select MPN deberá proporcionarle acceso a médicos primarios dentro de 15 millas de distancia y especialistas dentro de 30 millas de distancia.

Todos los empleados cubiertos dentro del seguro de compensación de trabajadores podrán recibir tratamiento o atención médica por un proveedor no contratado dentro de la red MPN si su domicilio de residencia o lugar de empleo se encuentra más allá de 30 millas de distancia de un centro médico dentro de la red MPN.

Si vive en un área rural o donde existe escasez de centros médicos, los criterios pueden ser diferentes.

La red MPN deberá proporcionarle tratamiento médico inicial dentro de los primeros 3 días hábiles de que usted haya notificado a su empleador de su lesión. Si el tratamiento con un especialista ha sido autorizado, se le deberá otorgar una cita dentro de los primeros 20 días hábiles de su solicitud.

Si tiene problemas en agendar una cita con un proveedor dentro de la red MPN, favor de contactar al Asistente de Acceso Médico descrita en esta guía.

- **¿Qué sucede si no hay proveedores de la red MPN donde estoy ubicado?**

Si está trabajando temporalmente o se encuentra viviendo fuera del área de servicio de la red Preferred Select MPN o en un área rural, el Contacto de la red MPN le proporcionará una lista de por lo menos tres médicos que pueden atenderlo. La red Preferred Select MPN también puede permitirle elegir su propio médico fuera de la red Preferred Select MPN. Favor de comunicarse con el Contacto de la red MPN para asistencia en localizar un médico o para información adicional.

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

Si necesita ver un especialista que no está disponible dentro de la red Preferred Select MPN, usted tiene derecho a ver un especialista que esté fuera de la red MPN

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

Si usted está en desacuerdo con su médico o desea cambiar de médico por cualquier razón, usted siempre tiene la opción de escoger otro médico dentro de la red Preferred Select MPN.

Si usted no está de acuerdo con el **diagnóstico o el tratamiento** recetado por su médico, usted puede solicitar una segunda opinión de otro médico dentro de la red Preferred Select MPN. Si desea una **segunda opinión**, deberá comunicarse con el Contacto de la red MPN y decirle que quiere una segunda opinión. El Contacto de la red MPN deberá proporcionarle por lo menos una lista regional de proveedores de la red Preferred Select MPN donde podrá elegir un médico para una segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debe elegir un médico dentro de la lista de la red Preferred Select MPN y agendar una cita dentro de los primeros 60 días. Usted deberá informarle al Contacto de la red MPN la fecha de su cita para que éste envíe al doctor una copia de su expediente médico. Usted también puede solicitar una copia para sí mismo del expediente médico que será enviado a su doctor.

Si usted no agenda una cita dentro de los primeros 60 días de haber recibido la lista regional de proveedores, **no** le será permitido obtener una segunda o tercera opinión con relación al diagnóstico o tratamiento disputado recomendado por el médico que lo está atendiendo.

Si el médico de la segunda opinión determina que su lesión está fuera del tipo de lesión que él o ella normalmente trata, la oficina del médico notificará a la compañía de seguros de su empleador. Usted recibirá otra lista de médicos o especialistas de la red Preferred Select MPN para que pueda hacer otra selección.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una **tercer opinión**. Si solicita una tercer opinión, deberá seguir el mismo proceso que llevo para la segunda opinión.

Recuerde que si no hace una cita dentro de los primeros 60 días de haber recibido otra lista regional de proveedores médicos de la red MPN, entonces **no** le será permitido recibir una tercer opinión sobre el diagnóstico o tratamiento disputado recomendado por el médico que lo está atendiendo.

Si usted no está de acuerdo con el médico de la tercer opinión, usted puede solicitar una **Revisión Médica Independiente o IMR (Independent Medical Review)**. El Contacto de la red MPN le proporcionará información sobre cómo solicitar una Revisión Médica Independiente y un formulario al momento que solicite la tercer opinión.

Si el médico de la segunda o el médico de la tercer opinión está de acuerdo con usted de la necesidad de algún tratamiento o análisis, le será permitido recibir dicho servicio médico por parte de un proveedor **dentro** de la red Preferred Select MPN incluyendo los médicos de la segunda y tercer opinión.

Si el médico que realiza la Revisión Médica Independiente corrobora con la necesidad de algún tratamiento o análisis, usted podrá recibir ese cuidado de un médico que se encuentre **dentro o fuera** de la red Preferred Select MPN.

- **¿Qué sucede si ya estoy siendo atendido por una lesión de trabajo antes de que empiece la red Preferred Select MPN?**

La compañía de seguros tiene un plan de “**Transferencia de Cuidado**” el cual determinará si usted puede continuar siendo temporalmente atendido por una lesión de trabajo por un médico fuera de la red MPN antes de que su cuidado sea transferido a la red Preferred Select MPN.

Si usted apropiadamente pre-designó un médico primario para atenderlo, usted no puede ser transferido a la red MPN. (Si tiene preguntas sobre pre-designaciones, pregúntele a su supervisor). Si su médico actual no es o no se convierte en un miembro de la red Preferred Select MPN, entonces puede que se le requiera ser atendido por un médico perteneciente a la red Preferred Select MPN para una evaluación.

Si la compañía de seguros de su empleador decide transferirlo a la red Preferred Select MPN usted y su médico primario tratante deberán recibir una carta notificándoles de la transferencia.

Si usted cumple ciertas condiciones, puede que califique para continuar siendo atendido por un médico fuera de la red MPN hasta por un año antes de que sea necesario transferirlo a la red Preferred Select MPN. A continuación se listan las condiciones a cumplir para posponer la transferencia de su cuidado a la red MPN:

¿Puedo Continuar Ser Tratado Por Mi Médico?

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

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

Usted puede estar en desacuerdo con la decisión de la compañía de seguros de su empleador sobre transferir su cuidado a la red Preferred Select MPN. Si no quiere ser transferido a la red Preferred Select MPN, solicite al médico primario que lo está atendiendo un informe médico que indique si cumple con por lo menos uno de los cuatro requisitos indicados en el recuadro de arriba para poder posponer su transferencia a la red Preferred Select MPN.

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

Si desea posponer la transferencia de su cuidado tendrá que darle una copia del informe médico a la compañía de seguros de su empleador. Si usted o la red Preferred Select MPN está en desacuerdo con el informe de su médico tratante, usted o la red Preferred Select MPN pueden disputarlo. Para más detalles sobre el proceso de resolución de disputa vea el plan de “Transferencia de Cuidado”. Para recibir una copia del plan de “Transferencia de Cuidado”, favor de solicitarlo al Contacto de la red MPN.

- **¿Qué sucede si estoy bajo tratamiento de un médico de la red Preferred Select MPN que decide dejar la red MPN?**

La compañía de seguros tiene un **plan escrito de “Continuidad de Cuidado”** el cual determinará si puede o no continuar temporalmente con su tratamiento con su médico por su lesión actual de trabajo si su médico ya no se encuentra participando en la red MPN.

Si la compañía de seguros de su empleador decide que usted no califica para continuar su tratamiento con el médico que se encuentra fuera de la red MPN, usted y el médico que lo está atendiendo deberán recibir una carta de notificación, conforme a las leyes 8CCR §9767.10(d)(1).

Si usted cumple con ciertos requisitos, podrá calificar para continuar con su tratamiento con este médico hasta por un año antes de que tener que cambiarse a un médico de la red Preferred Select MPN. Estos requisitos están expuestos en el recuadro anteriormente descrito llamado ***“¿Puedo Continuar Ser Tratado Por Mi Médico?”***

Usted puede estar en desacuerdo con la decisión de la compañía de seguros de su empleador de negarle la Continuidad del Cuidado por parte del médico que ya no pertenece a la red MPN. Si quiere continuar su tratamiento con ese médico, solicite a dicho médico un informe que indique si cumple con por lo menos uno de los cuatro requisitos indicados en el recuadro de arriba para así poder seguir siendo tratado temporalmente por él.

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

Si desea posponer la transferencia de su cuidado, tendrá que darle una copia del informe médico a la compañía de seguros de su empleador. Si usted o la red Preferred Select MPN está en desacuerdo con el informe de su médico tratante, usted o la red Preferred Select MPN pueden disputarlo. Para más detalles sobre el proceso de resolución de disputa vea el plan de “Continuidad de Cuidado”. Para recibir una copia del plan de “Continuidad de Cuidado” en inglés o español, favor de solicitarlo al Contacto de la red MPN.

¿Qué sucede si tengo preguntas o necesito ayuda?

- **El Contacto de la red MPN:** Usted siempre tendrá la flexibilidad de comunicarse con el Contacto de la red MPN para resolver sus preguntas y atender sus quejas relacionadas con el uso de la red MPN
- **Asistente de Acceso Médico:** Puede contactar al Asistente de Acceso Médico si requiere de ayuda para localizar médicos dentro de la red MPN y para asistirle en agendar y confirmar citas con su médico.
- **Información de la División de Compensación de Trabajadores (DWC) y Oficial de Asistencia:** Si tiene dudas, quejas o preguntas sobre la red MPN, sobre el proceso de notificación, o sobre su tratamiento médico después de una lesión o enfermedad de trabajo, puede llamar a la Oficina de Información y Asistencia de la DWC al 1-800-736-7401. También puede consultar el sitio web de la DWC en www.dir.ca.gov/dwc, haga clic en “*medical provider networks*” (la red de proveedores médicos) para más información sobre las redes MPN.
- **Revisión Médica Independiente:** Si usted tiene preguntas sobre el proceso de la Revisión Médica Independiente de la red MPN, favor de contactar la Unidad Médica de la División de Compensación de Trabajadores:

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

Guarde esta información en caso que tenga una lesión o enfermedad de trabajo

Safety and Health Services

Dear Policyholder,

An important element of our partnership is providing professional safety and health services, **at no additional expense to you**. We are confident we will be an asset to your business.

We will work with you to:

1. **Identify** hazards that can contribute to employee injuries.
2. **Conduct** surveys to evaluate the use of hazardous materials.
3. **Assist** with the development of your Injury and Illness Prevention Program to meet Senate Bill 198 requirements.
4. **Provide** educational materials and training programs to help your employees understand their safety responsibilities.
5. **Review** injury records to identify causes of employee injuries.

We will send additional safety bulletins and materials to you during the policy period.

To talk to a safety and health consultant, call our Customer Service Hotline at: (888) 472-9001. (Select "3" from the menu for the Safety and Health Department)

You may send comments about our Safety and Health consultation services by writing to: State of California, Director of Industrial Relations, Division of Occupational Safety and Health, P.O. Box 420603, San Francisco, CA 94142.

Cal/OSHA Form 300 (Rev. 7/2007) Appendix A

Log of Work-Related Injuries and Illnesses

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)



Year 20
Department of Industrial Relations
Division of Occupational Safety and Health

You must record information about every work-related death and about every work-related injury or illness that involves loss of consciousness, restricted work activity or job transfer, days away from work, or medical treatment beyond first aid. You must also record significant work-related injuries and illnesses that are diagnosed by a physician or licensed health care professional. You must also record work-related injuries and illnesses that meet any of the specific recording criteria listed in CCR Title 8 Section 14300.8 through 14300.12. Feel free to use two lines for a single case if you need to. You must complete an Injury and Illness Incident Report (Cal/OSHA Form 301) or equivalent form for each injury or illness recorded on this form. If you're not sure whether a case is recordable, call your local Cal/OSHA office for help.

Establishment name
City State

Identify the person

(A) Case no.
(B) Employee's name

(C) Job title
(e.g., Welder)

(D) Date of injury or onset of illness
(e.g., month/day)

(E) Where the event occurred
(e.g., Loading dock north end)

(F) Describe injury or illness, parts of body affected, and object/substance that directly injured or made person ill
(e.g., Second degree burns on right forearm from acetylene torch)

Describe the case

Classify the case

Using these four categories, check ONLY the most serious result for each case:

Death (G)
Days away from work (H)
Job transfer or restriction (I)
Remained at work (J)
Other recordable cases (J)

Enter the number of days the injured or ill worker was:

Away from work (K)
On job transfer or restriction (L)

Check the "injury" column or choose one type of illness:

(M) Injury
Skin disorder
Respiratory condition
Poisoning
Hearing loss
All other illnesses

Page totals

Be sure to transfer these totals to the Summary page (Form 300A) before you post it.

Page of

Annual Summary of Work-Related Injuries and Illnesses



Year _____

 Department of Industrial Relations
 Division of Occupational Safety & Health

All establishments covered by CCR Title 8 Section 14300 must complete this Annual Summary, even if no work-related injuries or illnesses occurred during the year. Remember to review the Log to verify that the entries are complete and accurate before completing this summary.

Using the Log, count the individual entries you made for each category. Then write the totals below, making sure you've added the entries from every page of the Log. If you had no cases, write "0."

Employees, former employees, and their representatives have the right to review the Cal/OSHA Form 300 in its entirety. They also have limited access to the Cal/OSHA Form 301 or its equivalent. See CCR Title 8 Section 14300.35, in Cal/OSHA's recordkeeping rule, for further details on the access provisions for these forms.

Number of Cases

Total number of deaths	Total number of cases with days away from work	Total number of cases with job transfer or restriction	Total number of other recordable cases
(G) _____	(H) _____	(I) _____	(J) _____

Number of Days

Total number of days away from work	Total number of days of job transfer or restriction
(K) _____	(L) _____

Injury and Illness Types

Total number of . . .	(M)	(4) Poisonings
(1) Injuries	_____	_____
(2) Skin disorders	_____	(5) Hearing loss _____
(3) Respiratory conditions	_____	(6) All other illnesses _____

Post this Annual Summary from February 1 to April 30 of the year following the year covered by the form.

Establishment information

Your establishment name _____

Street _____

City _____ State _____ ZIP _____

Industry description (e.g., *Manufacture of motor truck trailers*) _____Standard Industrial Classification (SIC), if known (e.g., *SIC 3715*) _____

Employment information (If you don't have these figures, use the optional Worksheet to estimate.)

Annual average number of employees _____

Total hours worked by all employees last year _____

Sign here _____

Knowingly falsifying this document may result in a fine.

I certify that I have examined this document and that to the best of my knowledge the entries are true, accurate, and complete.

Company executive _____

Title
(e.g., month/day)

Phone _____ Date _____

t