

Important Insured Instructions

California Workers Compensation Claims Kits

Documents to be posted in a common area visible to all employees:

DWC-7: Notice to Employees—Injuries Caused By Work

Please Note: Immediate Action Required

You as the employer must fill in the space provided on this form:

- Policy expiration date
- Insurance Carrier name from your Workers Compensation policy

221-8664: Medical Provider Network (MPN) Employee Notification

221-8665: Medical Provider Network (MPN) Employee Notification—Spanish version

Documents to be completed by employer at the time of injury and sent to Hanover:

221-8674: Employer's Report of Occupational Injury or Illness (Form 5020)

Documents to be distributed to employees at the time of hire:

221-8671 Time of Hire Pamphlet

221-8672: Time of Hire Pamphlet—Spanish version

221-8666: Division of Workers' Compensation Fact Sheet

221-8673: Division of Workers' Compensation Fact Sheet—Spanish version

Documents to be distributed to employees at the time of injury, or at the time an employee claims a work related illness or disability:

WCIA: Information & Assistance Unit Guide 1 "How to file a workers' compensation claim form"

221-8664: Medical Provider Network (MPN) Employee Notification

221-8665: Medical Provider Network (MPN) Employee Notification—Spanish version





Thank you for choosing The Hanover for your Workers' Compensation needs. We are pleased to provide you with some information regarding future filing of claims, and other state specific information that will assist you with your claims reporting. You will find this information in the enclosed packet.

The Hanover has four methods for reporting new workers' compensation losses:

- | | |
|-----------|---|
| Phone In: | Call 1-800-628-0250, follow prompts for reporting WC new losses. |
| Fax In: | Fax completed First Report to 1-800-762-7788 |
| Online: | www.hanover.com Choose "Report a Claim" at the top of the page, then choose "Workers' Compensation Claim" under Business Claims. |
| E-Mail: | E-mail completed First Report of Injury to WCNEWLOSSES@hanover.com |

All four options are available 24 hours per day, 7 days per week. Upon receipt and entry of your claim into our system, your agent will receive a notification of the claim for their records. This occurs within 1 business day of receipt of your report.

The most essential part of a workers' compensation claim is prompt notification to us to allow prompt investigation, payment of benefits to your injured worker if appropriate, and to avoid any potential for late filing penalties that may be assessed by your state.

Welcome to The Hanover.

We look forward to working with you.



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, and medicines that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There is a limit on some medical services.
- **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 your injury causes a permanent disability.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher payable to a state approved school if your injury arises on or after 1/1/04 and results in a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after TD ends, and your employer does not offer you modified or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to dependents of a worker who dies 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 and your physician must agree 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 a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for your alleged injury and shall be liable for up to ten thousand dollars (\$10,000) in treatment 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 by naming your personal physician or medical group before injury (see above), you may see him or her for treatment in certain circumstances. Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days. You may be able to switch to a doctor of your choice after 30 days. Different rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or has a Medical Provider Network (MPN). You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using a MPN, which is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. If your employer is using a MPN, a MPN notice should be posted next to this poster to explain how to use the MPN. You can request a copy of this notice by calling the MPN number below. **If you have predesignated a personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your predesignated doctor.** If you have not predesignated and your employer is using a MPN, you are free to choose an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by your employer. 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:

Current MPN's toll free number: (888) 726-7835 MPN website: www.CorVel.com

MPN Effective Date 5-15-14 Current MPN's address: 1100 W. Town & Country Road, Ste 400, Orange, CA 92868

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 _____ Hanover Insurance _____ Phone (800) 628-0250

Workers' compensation insurer Trends International LLC (Enter "self-insured" if appropriate)

Policy Expiration Date 5-15-15

If the workers' compensation policy has expired, contact a Labor Commissioner at the Division of Labor Standards Enforcement (DLSE).

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or by calling _____

toll-free **(800) 736-7401**. Learn more information about DWC and DLSE online: www.dwc.ca.gov or www.dir.ca.gov/dlse.

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 de recho a beneficios de compensación de trabajadores si usted se lesionó o se enfermó 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 y medicinas que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.
- **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 su lesión le causa una incapacidad permanente.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible pagadero a una escuela aprobada por el estado si su lesión surge o después del 1/1/04, y le ocasiona una incapacidad permanente que le impida regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por TD terminen y su empleador no le ofrece a usted un trabajo modificado o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a los dependientes de un(a) trabajador(a) que 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 lesioné y su médico debe estar de acuerdo de atenderle 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 autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión y será responsable por diez mil dólares (\$10,000) en tratamiento 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 antes lesionarse (vea uno de los párrafos anteriores), en ciertas circunstancias, usted puede consultarlo para el tratamiento. De otra forma, su empleador tiene el derecho de seleccionar al médico que le atenderá durante los primeros 30 días. Es posible que usted pueda cambiar a un médico de su preferencia después de 30 días. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador ofrece una Organización de Cuidado Médico (HCO) o si tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN). Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador usa una MPN, una notificación de la MPN debe estar al lado de este cartel para explicar cómo usar la MPN. Usted puede pedir una copia de esta notificación hablando al número de la MPN debajo descrito. **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 no ha hecho una designación previa y su empleador está usando una MPN, usted puede escoger un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información del contacto de la MPN :

Número gratuito de la MPN vigente: (888) 726-7835 Página web de la MPN: www.CorVel.com

Fecha de vigencia de la MPN 5-15-14 Dirección de la MPN vigente 1100 W. Town & Country Road, Ste 400, Orange, CA 9286

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

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

Administrador de Reclamos _____ Hanover Insurance _____ Teléfono (800) 628-0250

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador Trends International LLC (Anote "autoasegurado" si es apropiado)

Fecha de Vencimiento de la Póliza 5-15-15

Si la póliza de compensación de trabajadores se ha vencido, comuníquese con el Comisionado Laboral, en la *División para el Cumplimiento de las Normas Laborales* (Division of Labor Standards Enforcement- DLSE).

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 DWC y DLSE en el Internet en: www.dwc.ca.gov o www.dir.ca.gov/dlse.

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.

C O R V E L

Dear Employer,

Your company has elected to participate in the CorVel Medical Provider Network (MPN) Program, which is the MPN utilized by Hanover Insurance Company for workers' compensation. This letter is designed to outline the roll-out requirements needed to effectively implement the program to your employees.

If you did not previously participate in another MPN, please distribute form 1MPN – MPN Implementation Notice, to all employees along with the Employee MPN Information packet. Be sure to insert the date of distribution on the Implementation notice.

If you previously participated in another MPN, please distribute form 2MPN – Combined Cessation and Implementation Notice, to all employees along with the Employee MPN Information packet. Please be sure to fill in the blank spaces in this form. Make sure to insert the name of the previous MPN and the date you are distributing the notices.

An Employee MPN Information packet of written materials is required to be provided to each current employee, at all locations of your business. The distribution method is not mandated thus documents can be distributed to each employee by mail, included with paychecks, delivered in person, or via e-mail.

When distributing the Employee MPN Information packet to your employees, we strongly suggest that you maintain a spreadsheet or other form of record to track that each employee received the materials and on which date.

All written implementation materials are provided in both English and Spanish. The Employee MPN Information packet includes the following documents:

- An employee notification sheet
- Employee Request for a Second/Third Medical Opinion
- Transfer of Ongoing Care into MPN and Continuity of Care Policies
- Employee Acknowledgement of the Medical Provider Network
- Employee Information on the Independent Medical Review Process
- Employee Pre-designation Form

Also included is the new DWC7 Form. This is required to be posted in a conspicuous area of the work place along with the Employee MPN Information packet. Be sure to insert the date of posting on the DWC7 Form in the "Effective Date" area.

The Employee MPN Information packet should be added to your new hire paperwork for any employees hired in the future.

As always, please do not hesitate to contact me at (714) 385-8500 if you have questions or require additional information.

Sincerely,

Jacob Seehoffer

Jacob Seehoffer
MPN/HCO-Coordination

Form 1MPN
MPN Implementation Notice

Dear Employee,

In order to provide you with the best medical care for your workplace injuries, Hanover Insurance has chosen to utilize CorVel's CorCare® Network for all California based workers' compensation injuries.

Unless you pre-designate a physician or medical group, your new work injuries arising on or after _____ will be treated by providers in a new Medical Provider Network, the CorVel MPN. If you have an existing injury, you may be required to change to a provider in the new MPN. Check with your claims adjuster. You may obtain more information about the MPN from the workers' compensation poster or from your employer.

Respectfully,

Jacob Seehoffer
MPN/HCO Operations
CorVel

Form 1MPN
Notificación de Aplicación MPN

Estimados empleados,

Con el fin de ofrecerle la mejor atención médica para las lesiones de su lugar de trabajo, Hanover Insurance ha decidido utilizar CorCare CorVel ® de la red para las lesiones de compensación a todos los trabajadores con sede en California.

A no ser que antes de designar a un médico o grupo médico, su nuevo trabajo las lesiones que surgen a partir del _____ serán tratados por los proveedores en una nueva red de proveedores médicos, the CorVel MPN. Si usted tiene una lesión existente, puede ser necesario cambiar a un proveedor de la MPN nuevo. Consulte con su ajustador de reclamaciones. Usted puede obtener más información acerca de la MPN del cartel de compensación de los trabajadores o de su empleador.

Respetuosamente

Jacob Seehoffer
MPN/HCO Operations
CorVel

Form 2MPN
MPN Cessation and Implementation of New MPN

Dear Employee,

In order to provide you with the best medical care for your workplace injuries, Hanover Insurance has chosen to utilize CorVel's CorCare® Network for all California based workers' compensation injuries.

Unless you pre designate a physician or medical group, your new work injuries arising on or after _____, will be treated by providers in a new Medical Provider Network, CorVel MPN. If you have an existing injury, you may be required to change to a provider in the new MPN. Check with your claims adjuster. You may obtain more information about the MPN from the workers' compensation poster or from your employer.

The _____ Medical Provider Network (MPN) will no longer be used for injuries arising after _____. If you have an existing injury that occurred before this date, you may be required to change to a physician in the new MPN. Check with your claims adjuster. For new injuries that occur when you are not covered by a MPN, you have the right to choose your physician 30 days after you notify your employer of your injury.

Respectfully

Jacob Seehoffer
MPN/HCO Operations
CorVel

FORM 2MPN
MPN Cesación y Aplicación de Nuevas MPN

Estimados empleados,

Con el fin de ofrecerle la mejor atención médica para las lesiones de su lugar de trabajo, Hanover Insurance ha decidido utilizar CorCare CorVel ® de la red para las lesiones de compensación a todos los trabajadores con sede en California.

A no ser que previamente designe a un médico o grupo médico, su nuevo trabajo las lesiones que surgen a partir del

_____ serán tratados por los proveedores en una nueva red de proveedores médicos, CorVel MPN. Si usted tiene una lesión existente, puede ser necesario cambiar a un proveedor de la MPN nuevo. Consulte con su ajustador de reclamaciones. Usted puede obtener más información acerca de la MPN del cartel de compensación de los trabajadores o de su empleador.

El _____ Red de proveedor médico (MPN) ya no se utilizará para que se deriven después de

_____. Si tiene una lesión existente que se produjo antes de esta fecha, es posible que se deba cambiar a un médico en el MPN nuevo. Consulte con su ajustador de reclamos. Para nuevas lesiones que se producen cuando usted no está cubierto por una MPN, usted tiene el derecho a elegir a su médico de 30 días después de que notifique a su empleador de su lesión.

Respetuosamente

Jacob Seehoffer
MPN/HCO Operations
CorVel



State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to: 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.		OSHA CASE NO. FATALITY <input type="checkbox"/>		
E M P L O Y E R I N J U R Y O R I L L N E S S		1. FIRM NAME		1a. Policy Number		
		2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)		2a. Phone Number	CASE NUMBER	
		3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)		3a. Location Code	OWNERSHIP	
		4. NATURE OF BUSINESS: e.g., Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.		5. State unemployment insurance acct. no.		
		6. TYPE OF EMPLOYER: <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> State <input type="checkbox"/> County <input type="checkbox"/> City <input type="checkbox"/> School District <input type="checkbox"/> Other Gov't Specify				INDUSTRY
		7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK AM <input type="checkbox"/> PM <input type="checkbox"/>	OCCUPATION
10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)		11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)			
13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX: <input type="checkbox"/>	15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	SEX		
16. SALARY BEING CONTINUED? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE / NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)	18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM (mm/dd/yy)	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				DAILY HOURS		
20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)		20a. COUNTY	21. ON EMPLOYER'S PREMISES? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	DAYS PER WEEK		
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Shipping department, machine shop.		23. Other Workers injured or ill in this event? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		WEEKLY HOURS		
24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold				WEEKLY WAGE		
25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.				COUNTY		
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				NATURE OF INJURY		
27. Name and address of physician (number, street, city, State, zip)		27a. Phone Number		PART OF BODY		
28. Hospitalized as an inpatient overnight? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If Yes, then name and address of hospital (number, street, city, State, zip)		28a. Phone Number				
		29. Employee treated in emergency room? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> 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). Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E).*				SOURCE		
30. EMPLOYEE NAME		31. SOCIAL SECURITY NUMBER		EVENT		
33. HOME ADDRESS (number, street, city, state, zip)		33a. PHONE NUMBER				
34. SEX <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female		35. OCCUPATION (Regular job title. NO initials, abbreviations or numbers)		SECONDARY SOURCE		
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day _____ hours per week _____ total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS <input type="checkbox"/> regular, full-time <input type="checkbox"/> part-time <input type="checkbox"/> temporary <input type="checkbox"/> seasonal	37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED			
38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____		39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		EXTENT OF INJURY		
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.



TIME OF HIRE PAMPHLET

This pamphlet may be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it.

WHAT IS WORKERS' COMPENSATION?

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

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

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from doing the same motion over and over, losing your hearing because of constant loud noise.

—or—

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

Discrimination is illegal

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

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

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

WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical therapy and chiropractic care.
- **Temporary disability benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to. You may file a claim with the Employment Development Department to get additional state disability benefits when TD benefits are delayed, denied or have ended.

- **Permanent disability benefits:** Payments if you don't recover completely. The amount of payment is based on:
 - Your doctor's medical reports
 - Your age
 - Your occupation
 - How much you can earn in the future.You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates.
- **Supplemental job displacement benefits:** Vouchers to help pay for retraining or skill enhancement if you don't recover completely and don't return to work for your employer. The vouchers range from \$4,000 to \$10,000 depending on your level of permanent disability. This voucher is for you to use at a state approved school if:
 - You have a permanent disability
 - Your employer does not offer modified or alternative work and
 - You don't return to your employer within 60 days after your TD ends.
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.

Workers' compensation fraud is a crime

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

WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?

Report your injury to your employer

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

Who is my claims administrator?

Workers' compensation claims administrator, or if employer is self-insured, person responsible for handling the claim is:

Hanover Insurance
Address: P.O. Box 15144, Worcester Ma 01615
Phone: (800) 628-0250

Get emergency treatment if needed

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

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

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

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

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

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

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

WHAT IS A PRIMARY TREATING PHYSICIAN (PTP)?

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

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

WHAT IS A MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN)?

An MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Each MPN includes a mix of doctors specializing in work-related injuries and doctors with expertise in general areas of medicine. Check with your employer to see if they are using an MPN.

If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using an MPN, you will see an MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list. A complete MPN notice must be posted in a work area used by employees and near the "Notice to Employees" poster. For more information, see the MPN contact on the "Notice to Employees" poster.

WHAT IS PREDESIGNATION?

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

You may predesignate a doctor if your employer offers group health coverage and the doctor must have:

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

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

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

WHAT IF THERE IS A PROBLEM WITH MY BENEFITS?

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

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

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

To contact the nearest I&A Unit, go to www.dwc.ca.gov in the top bar, click on "I&A." At this site you will find fact sheets, guides and information to help you.

The nearest I&A Unit is located at:

Address: _____

Phone number: _____

Consult with an attorney

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their Web site at www.californiaspecialist.org. You may get a list of attorneys from your local I&A Unit or look in the yellow pages.

Warning

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

Additional rights

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

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



PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

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

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

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer) If I have a work-related injury or illness,

I choose to be treated by: _____
(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

(street address, city, state, ZIP)

telephone number _____

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

Employee's Signature: _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

Signature: _____ Date: _____
(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

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

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.
(Optional DWC Form 9783 March 1, 2007)

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

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

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

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(name of chiropractor or acupuncturist)

(street address, city, state, ZIP)

telephone number _____

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

Employee's Signature: _____ Date: _____

(DWC Form 9783.1 March 14, 2006)



False claims and false denials:

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

California Division of Workers' Compensation Information & Assistance Offices

Anaheim 1065 N. Pacific Center
Drive Anaheim 92806-2141
(714) 414-1801

Bakersfield 1800 30th Street, Suite
100 Bakersfield, CA 93301-1929
(661) 395-2514

Eureka 100 "H" Street, Room 202
Eureka, CA 95501-0481
(707) 441-5723

Fresno 2550 Mariposa Mall, Room
2035 Fresno, CA 93721-2219
(559) 445-5355

Goleta 6755 Hollister Avenue,
Room 100 Goleta, CA 93117-5551
(805) 968-4158

Long Beach 300 Oceangate Street,
Suite 200
Long Beach, CA 90802-4304
(562) 590-5240

Los Angeles 320 W. 4th Street, 9th
floor Los Angeles, CA 90013-1954
(213) 576-7389

Marina del Rey 4720 Lincoln Blvd
2nd floor Marina del Rey, CA
90292-6902
(310) 482-3820

Oakland 1515 Clay Street, 6th
floor Oakland, CA 94612-1519
(510) 622-2861

Oxnard 1901 N. Rice Ave., Ste.
200 Oxnard, CA 93030-7912
(805) 485-3528

Pomona 732 Corporate Center
Drive Pomona, CA 91768-2653
(909) 623-8568

Redding 2115 Civic Center Drive
Room 15
Redding, CA 96001-2740
(530) 225-2047

Riverside 3737 Main Street, Room
300 Riverside, CA 92501-3337
(951) 782-4347

Sacramento 160 Promenade
Circle, Suite 300
Sacramento, CA 95834-2962
(916) 928-3158

Salinas 1880 North Main Street,
Suite 100 Salinas, CA 93906-2037
(831) 443-3058

San Bernardino 464 W. Fourth
Street, Suite 239 San Bernardino,
CA 92401-1411 (909) 383-4522

San Diego 7575 Metropolitan
Drive, Suite 202 San Diego, CA
92108-4424
(619) 767-2082

San Francisco 455 Golden Gate
Avenue, 2nd floor San Francisco,
CA 94102-7014
(415) 703-5020 **San Jose** 100
Paseo de San Antonio, Room 241
San Jose, CA 95113-1402 (408)
277-1292

San Luis Obispo 4740 Allene Way,
Suite 100 San Luis Obispo, CA
93401-8736
(805) 596-4159

Santa Ana 605 W Santa Ana Blvd.,
Bldg 28 Room 451 Santa Ana, CA
92701-4070
(714) 558-4597

Santa Rosa 50 "D" Street, Room
420 Santa Rosa, CA 95404-4771
(707) 576-2452

Stockton 31 East Channel Street,
Room 344 Stockton,
CA 95202-2314
(209) 948-7980

Van Nuys 6150 Van Nuys Blvd.,
Room 105
Van Nuys, CA 91401-3370
(818) 901-5367

UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto puede ser dado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y poner sus logos e información adicional en ello.

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

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

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

—or—

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

—or—

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

La discriminación es ilegal

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

Usted ha presentado un reclamo de compensación de trabajadores

Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores

Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores

Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado

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

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagados por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Visitas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos x son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y cuidado quiropráctico.
- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por el sueldo perdido si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. La cantidad que puede recibir es hasta dos tercios de su sueldo. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal.
Será pagado cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La incapacidad temporal (Temporary Disability-TD) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha alcanzado el máximo mejoramiento médico. Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (Employment Development Department-EDD) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando los beneficios de TD son demorados, negados o han terminado.

- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. La cantidad de pago total está basada en:
 - El informe médico de su doctor
 - Su edad
 - Su ocupación
 - Cuánto puede ganar en el futuro.
 Será pagado cada dos semanas si es elegible. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas.
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Vales que ayudan a pagar por reentrenamiento/capacitación o desarrollo de habilidades si es que no se recupera completamente y no regresa a trabajar para su empleador. Los vales varían entre \$4,000 y \$10,000 dependiendo en su nivel de incapacidad permanente. Este vale es para que lo use en una escuela aprobada por el estado si:
 - Usted tiene una incapacidad permanente
 - Su empleador no le ofrece trabajo modificado o alternativo y
 - No regresa con su empleador dentro de 60 días después de que termina su TD.
- **Beneficios por muerte:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. La cantidad de pago total está basada en el número de dependientes. Son pagados cada dos semanas a una tasa de por lo menos \$224 por semana. Además el seguro de compensación de trabajadores proporciona una compensación para el entierro.

El fraude de compensación de trabajadores es un crimen

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

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

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

¿Quién es mi administrador de reclamos?

Administrador de reclamos de compensación de trabajadores, o si su empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

Hanover Insurance
 Dirección: P.O. Box 15144, Worcester Ma 01615
 Número de teléfono: (800) 628-0250

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

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

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

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

Su empleador debe darle un formulario de reclamo DWC 1 dentro de un día laboral después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, firmelo y regreselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laboral después de recibir el formulario de reclamo DWC 1.

Si la lesión es debida a exposiciones repetidas, usted tiene un año de cuando usted se da cuenta que su lesión está relacionada con su trabajo para presentar un reclamo. En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en cuidado médico pagado por su empleador hasta que su reclamo sea aceptado o negado. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. De otra manera, se supondrá que su caso es pagadero.

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

¿QUÉ ES UN MÉDICO PRIMARIO (PRIMARY TREATING PHYSICIAN PTP)?

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

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

¿QUÉ ES UNA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS (MEDICAL PROVIDER NETWORK MPN)?

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de cuidado médico que dan tratamiento médico a trabajadores lesionados. Cada MPN incluye una combinación de médicos especializados en lesiones de trabajo y médicos con experiencia en áreas generales de medicina. Chequee con su empleador para ver si están usando una MPN.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una MPN, usted verá a un médico de la MPN. Después de su primera visita, está libre para escoger otro médico de la lista de la MPN. Un aviso de MPN completo debe estar puesto en una área de trabajo usada por los empleados y cerca del póster "Aviso a los Empleados". Para más información, consulte con el contacto de MPN que se encuentra en el póster "Aviso a los Empleados".

¿QUÉ ES LA DESIGNACIÓN PREVIA?

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

Usted puede designar de antemano a un médico si su empleador ofrece un plan de seguro médico y el médico debe haberle:

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

Usted puede usar el formulario "predesignation of personal physician" incluido con este folleto para denominar a su médico. Despues de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

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

¿QUÉ PASA SI HAY ALGÚN PROBLEMA CON MIS BENEFICIOS?

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

Póngase en contacto con la Unidad de Información y Asistencia de la División de Compensación de Trabajadores

Todas de las 24 oficinas de la División de Compensación de Trabajadores (Division of Workers' Compensation-DWC) alrededor del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones bajo las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de Información y Asistencia (Information and Assistance-I&A) ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Los servicios son gratis.

Para contactar a la más cercana Unidad de I&A, vaya a www.dwc.ca.gov en la barra de arriba, haga clic en "I&A." En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

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

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser tomados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (State Bar Association) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web a www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.

Advertencia

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

Derechos adicionales

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act-ADA) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act-FEHA). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission-EEOC) al (800) 669-4000.

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

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

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

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

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

NOTICIA DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

Empleado: Rellene esta sección.

A: _____ (nombre del empleador) Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de: _____
(nombre del médico, M.D., D.O., o grupo médico)

_____ (dirección, ciudad, estado, código postal)

número de teléfono _____

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

Domicilio del empleado: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta designación previa

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico o empleado designado por el médico o grupo médico)

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

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

NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, puede cambiar su médico que le esté proporcionando tratamiento médico a su quiopráctico o acupuntor personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para ser elegible a hacer este cambio, usted debe antes de la lesión o enfermedad darle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiopráctico o acupuntor personal. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiopráctico o acupuntor personal.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador sobre su quiopráctico o acupuntor personal.

Información sobre su quiopráctico o acupuntor:

_____ (nombre del quiopráctico o acupuntor)

_____ (dirección, ciudad, estado, código postal)

número de teléfono _____

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

Domicilio del empleado: _____

Firma del empleado: _____ Fecha: _____

Código de Reglamentos de California, Título 8, sección 9783.1.
(Formulario DWC 9783.1-Fecha de vigencia: marzo 2006)



False claims and false denials:

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

California Division of Workers' Compensation Information & Assistance Offices

Anaheim 1065 N. PacifiCenter
Drive Anaheim 92806-2141
(714) 414-1801

Bakersfield 1800 30th Street, Suite
100 Bakersfield, CA 93301-1929
(661) 395-2514

Eureka 100 "H" Street, Room 202
Eureka, CA 95501-0481
(707) 441-5723

Fresno 2550 Mariposa Mall, Room
2035 Fresno, CA 93721-2219
(559) 445-5355

Goleta 6755 Hollister Avenue,
Room 100 Goleta, CA 93117-5551
(805) 968-4158

Long Beach 300 Oceangate Street,
Suite 200
Long Beach, CA 90802-4304
(562) 590-5240

Los Angeles 320 W. 4th Street, 9th
floor Los Angeles, CA 90013-1954
(213) 576-7389

Marina del Rey 4720 Lincoln Blvd
2nd floor Marina del Rey, CA
90292-6902
(310) 482-3820

Oakland 1515 Clay Street, 6th
floor Oakland, CA 94612-1519
(510) 622-2861

Oxnard 1901 N. Rice Ave., Ste.
200 Oxnard, CA 93030-7912
(805) 485-3528

Pomona 732 Corporate Center
Drive Pomona, CA 91768-2653
(909) 623-8568

Redding 2115 Civic Center Drive
Room 15
Redding, CA 96001-2740
(530) 225-2047

Riverside 3737 Main Street, Room
300 Riverside, CA 92501-3337
(951) 782-4347

Sacramento 160 Promenade
Circle, Suite 300
Sacramento, CA 95834-2962
(916) 928-3158

Salinas 1880 North Main Street,
Suite 100 Salinas, CA 93906-2037
(831) 443-3058

San Bernardino 464 W. Fourth
Street, Suite 239 San Bernardino,
CA 92401-1411 (909) 383-4522

San Diego 7575 Metropolitan
Drive, Suite 202 San Diego, CA
92108-4424
(619) 767-2082

San Francisco 455 Golden Gate
Avenue, 2nd floor San Francisco,
CA 94102-7014
(415) 703-5020 **San Jose** 100
Paseo de San Antonio, Room 241
San Jose, CA 95113-1402 (408)
277-1292

San Luis Obispo 4740 Allene Way,
Suite 100 San Luis Obispo, CA
93401-8736
(805) 596-4159

Santa Ana 605 W Santa Ana Blvd,
Bldg 28 Room 451 Santa Ana, CA
92701-4070
(714) 558-4597

Santa Rosa 50 "D" Street, Room
420 Santa Rosa, CA 95404-4771
(707) 576-2452

Stockton 31 East Channel Street,
Room 344 Stockton,
CA 95202-2314
(209) 948-7980

Van Nuys 6150 Van Nuys Blvd.,
Room 105
Van Nuys, CA 91401-3370
(818) 901-5367

DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

FACTSHEET

What is workers' compensation?

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

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

— or —

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from doing the same motion over and over, losing your hearing because of constant loud noise.

What are the benefits?

- **Medical care:** Paid for by your employer, to help you recover from an injury or illness caused by work.
- **Temporary disability benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering.
- **Permanent disability benefits:** Payments if you don't recover completely.
- **Supplemental job displacement benefits** (if your date of injury is in 2004 or later): Vouchers to help pay for retraining or skill enhancement if you don't recover completely and don't return to work for your employer.
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness.

What should I do if I have a job injury?

Report the injury to your employer

Tell your supervisor right away. If your injury or illness developed gradually (like tendinitis or hearing loss), report it as soon as you learn or believe it was caused by your job.



Photos by Robert Gumpert

Minimizing the impact of work-related injuries and illnesses



Helping resolve disputes over workers' compensation benefits



Monitoring the administration of claims

Continued

Continued.

Get emergency treatment if needed

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

Fill out a claim form and give it to your employer

Your employer must give or mail you a claim form (DWC 1) within one working day after learning about your injury or illness. Use it to request workers' compensation benefits.

Get good medical care

Get good medical care to help you recover. You should be treated by a doctor who understands your particular type of injury or illness. Tell the doctor about your symptoms and the events at work that you believe caused them. Also describe your job and your work environment.

I'm afraid I might be fired because of my injury. Can my employer fire me?

It's illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury, or for filing a workers' compensation claim when you believe your injury was caused by your job.

If you feel your job is threatened, find someone who can help. Note that there are deadlines for taking action to protect your rights.

The California Division of Workers' Compensation (DWC) is the state agency that oversees the delivery of benefits for injured workers and helps resolve disputes over benefits between injured workers and employers.

DWC information and assistance (I & A) officers can help you navigate the workers' compensation system, and can provide claim forms or other forms you need to receive benefits.

The FREE publication, "A Guidebook for Injured Workers," can be downloaded from www.dwc.ca.gov.



Call 1-800-736-7401 to hear recorded information on a variety of workers' compensation topics 24 hours a day, or go on line to www.dwc.ca.gov to find the I & A office near you.

*Please visit the
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION
Web site at: www.dwc.ca.gov
or call 1-800-736-7401*

DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES

HOJA INFORMATIVA

¿Qué es la compensación de trabajadores?

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

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

-O-

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

¿Cuáles son los beneficios?

- **Atención médica:** Pagada por su empleador, para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo.
- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo habitual mientras se recupera.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos que usted recibe si no se recupera completamente.
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo** (si usted se lesionó durante o después del año 2004): Vales que ayudan a cubrir el costo de capacitación o desarrollo de habilidades en caso de que usted no se recupere por completo y no regrese a trabajar para su empleador.
- **Beneficios por muerte:** Pagos que recibe su cónyuge, sus hijos u otros dependientes en caso de su muerte a causa de una lesión o enfermedad laboral.

¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido
Infórmale inmediatamente a su supervisor. Si su lesión o enfermedad se desarrolló gradualmente (como la tendinitis o la pérdida de audición), infórmelo tan pronto como se entere o usted considere, que la lesión fue causada por su trabajo.



Foto: por Robert Gumpert

Reduce al mínimo el impacto de las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo



Ayuda a resolver las disputas sobre los beneficios de compensación de trabajadores



Supervisa la administración de los reclamos

Reciba atención de emergencia si es necesario

Si se trata de una emergencia médica, vaya a una sala de emergencias inmediatamente. Su empleador puede indicarle a qué centro médico dirigirse. Informe al proveedor de atención médica que le atienda que su enfermedad o lesión está relacionada con su trabajo.

Llene un formulario de reclamo y entrégueselo a su empleador

Su empleador debe darle o enviarle por correo un formulario de reclamo (DWC 1) dentro del plazo de un día laboral a partir del momento en que se le notifica de su lesión o enfermedad. Utilícelo para solicitar los beneficios de compensación de trabajadores.

Reciba una buena atención médica

Reciba una buena atención médica para ayudarle a recuperarse. Debe ser atendido por un médico que comprenda su lesión o enfermedad específica. Explíquele al médico sus síntomas y las circunstancias laborales que usted cree causaron la lesión o enfermedad. Describa también su trabajo y su ambiente de trabajo.

Tengo miedo de que me despidan por mi lesión. ¿Puede despedirme mi empleador?

Es ilegal que un empleador lo sancione o lo despida por lesionarse o por presentar un reclamo de compensación de trabajadores cuando usted considera que la lesión fue causada por su trabajo.

Si usted cree que su empleo está en riesgo, recurra a alguien que pueda ayudarlo. Tenga en cuenta que existen plazos para tomar medidas a fin de proteger sus derechos.

La División de Compensación de Trabajadores de California

(DWC- Division of Workers' Compensation) es el organismo estatal que supervisa el otorgamiento de beneficios a trabajadores que han sufrido lesiones, y ayuda a resolver disputas sobre beneficios entre los trabajadores lesionados y sus empleadores.

El personal de la oficina de Información y Asistencia (I&A- Information and Assistance) de la DWC puede guiarle por el sistema de compensación de trabajadores, y puede proporcionarle formularios de reclamo u otros documentos que usted necesite para recibir beneficios.

Puede descargar la publicación GRATUITA "Una Guía para los trabajadores lesionados" ("A Guidebook for Injured Workers") en www.dwc.ca.gov.



Llame al 1-800-736-7401, las 24 horas, para escuchar información grabada sobre una variedad de temas de compensación de trabajadores, o consulte la página web en www.dwc.ca.gov para información sobre la oficina de I & A más cercana a usted.

Visite el sitio web de la DIVISIÓN DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES (Division of Workers' Compensation) en www.dwc.ca.gov o llame al 1-800-736-7401

How to file a workers' compensation claim form

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

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

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

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

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

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

✓ Workers' Compensation Claim Form (DWC 1)

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

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

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

WORKERS' COMPENSATION APPEALS BOARD DISTRICT OFFICES

ANAHEIM, 92806-2131

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

RIVERSIDE, 92501-3337

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

BAKERSFIELD, 93301-1929

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

SACRAMENTO, 95834-2962

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

EUREKA, 95501-0481

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

SALINAS, 93906-2204

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

FRESNO, 93721-2219

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

SAN BERNARDINO, 92401-1411

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

GOLETA, 93117-5551

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

SAN DIEGO, 92108-4424

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

LONG BEACH, 90802-4304

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

SAN FRANCISCO, 94102-7002

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

LOS ANGELES, 90013-1105

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

SAN JOSE, 95113-1402

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

MARINA DEL REY, CA 90292-6902

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

SAN LUIS OBISPO, 93401-8736

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

OAKLAND, 94612-1499

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

SANTA ANA, 92701-4070

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

OXNARD, 93030-7912

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

SANTA ROSA, 95404-4771

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

POMONA, 91768-2653

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

STOCKTON, 95202-2314

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

REDDING, 96001-2740

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

VAN NUYS, 91401-3370

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Name, *Nombre*, _____
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, *Describa la lesión y parte del cuerpo afectada*, _____
7. Social Security Number, *Número de Seguro Social del Empleado*, _____
8. Signature of employee, *Firma del empleado*, _____

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

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

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

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

Company Name _____ Employee involved _____

Dept. where accident occurred _____ Employee's regular Dept. _____

Machine # or equipment employee was working with _____

Occupation _____ Length of time on job where accident occurred _____

Date of accident _____ Time of accident _____ a.m. p.m. Shift _____

If an injury occurred, was it treated On site EMS Clinic Hospital Near miss-no injury

Other (describe) _____

Following treatment the injured returned to work:

Same day Next Shift Lost Time at: Previous Job Modified Work

Completely describe accident (who, what, when, where, why)



(Circle body part injured)

Body part(s) injured (see back) _____

Nature of injury (see back for choices) _____ Accident type (see back) _____

Analyze then describe the underlying causes of the accident, in your opinion, considering Policies, Procedures, Equipment, Training and Supervision Practices. (Note: employee carelessness is not a cause) _____

Analyze and describe the Preventative Measures you recommend to address the underlying causes of the accident, considering Company Policies, Procedures, Equipment, Training, and Supervision Practices. (Note: just telling the injured employee to be more careful, after the accident is an incomplete supervision practice) _____

Supervisor's Signature

Date

Employee Signature

Date

Person or position who would be responsible for implementing the above: _____

Action(s) or corrective action(s) taken to prevent re-occurrence of the above incident or the like: _____

Date corrective action(s) completed: _____ By: _____

Signature of individual

REFERENCE INFORMATION

- Policy:** What your company has determined to be standard practice.
Example: Eye protection will be worn when necessary.
- Procedure:** Who is responsible for, and how, the policies are to be carried out.
Example: The supervisor will see that safety glasses are worn when necessary.
- Supervision:** What and how the Supervisor's responsibilities are for enforcing the Policies and Procedures.
Example:
 1. Determine if the task requires eye protection, and
 2. If it does, will assign safety glasses to each employee, and
 3. Will check to see if everyone puts them on and
 4. Continue to wear them
- Equipment:** Could also include tools, personal protective equipment, the work area, the product, and containers.
Example: Properly fitting Safety Glasses in good condition.

Body Part – Pick one then copy it on the front of the form.

Upper Back	Lower Back	Head	Ear	Eye	Face
Finger/Thumb	Hand	Wrist	Arm	Shoulder	Other (describe)
Foot	Knee	Leg	Groin/Pelvic	Internal Organ	

Nature of Injury – Pick one then copy it on the front of the form.

Strain/Sprain	Cut/Laceration	Puncture	Bruise/Contusion	Inflammation	Fracture
Repetitive Motion	Dermatitis/Rash	Eye Struck by	Burn	Shock	Crush
Amputation	Hernia	Crush	Other (describe)		

Accident Type – Pick one then copy it on the front of the form.

Assembly Operations	Lifting/Lowering	Pushing/Pulling	Other Manual Material Handling	Operating Machine
Adjusting Machine	Repetitive Work	Vehicle Related	Office Work	Using Hand Tools
Cooking	Welding/Burning	Agricultural	Other (describe)	

Miscellaneous Comments: _____

Medical Provider Network (MPN) Employee Notification

This information is being provided to you to explain your rights and responsibilities should you have an accident at work. You will also receive a copy of this notice at the time of injury.

- The California Workers' Compensation Regulation requires employees to utilize the Medical Provider Network (doctors, hospitals, ancillary services) who are part of a Medical Provider Network or MPN. The Medical Provider Network has been selected for treatment of work related injuries.

Employer Contact:

Contact Name: Jacob Seehoffer	Telephone Number: 800.966.5307
Address: 1100 W. Town and Country Rd., Ste. 400	
City, State, Zip: Orange, CA 92868	

If you are injured on the job...

1. Report your injury to your supervisor/manager immediately.

IN CASE OF EMERGENCY SEEK IMMEDIATE MEDICAL ATTENTION AT THE NEAREST EMERGENCY FACILITY.

2. You may be asked to provide information such as....

- Your Name
- Your Home Address, City, State, Zip, County, Telephone Number
- Date of Birth
- Social Security Number
- Date, Time, Location and Nature of Injury

3. If you require medical treatment, A **Medical Provider Network physician** (or other health care provider) is available for you to see. The MPN network provider will become your primary care physician and will provide the necessary and appropriate treatment for your work related injury. Your primary care physician will direct your care overall and refer to specialists as required within the MPN. A **CorVel** nurse may be assigned to interact with you, your provider and employer. The MPN network, listing of the health care providers, is available from your employer MPN contact person, your claims adjuster, or online at www.corvel.com – under "Employees" heading, choose California from the drop down box, then select the California MPN. At any time you are choosing a physician, you have the right to select from the entire MPN.
4. If you are on Business-Related Travel or away from your work site when an injury occurs, call your supervisor/manager to report your injury immediately. They will help you in seeking medical attention. **In case of emergency seek immediate medical attention at the nearest emergency facility.**
5. If you are traveling, or now live outside the MPN geographical area, you will be supplied with at least three physicians within the access standards to choose from for your medical treatment. If there are not three MPN physicians within the access standards available to treat you, you may be allowed to use a non-MPN provider. You have the right to change physicians and obtain a 2nd or 3rd opinion from among the referred physicians.
6. Unless you pre-designated a personal physician you may only use physicians within the MPN. See exceptions in Transfer of Care and Continuity of Care policies.
7. If you are having trouble scheduling an appointment with a provider within the MPN, contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in getting an appointment scheduled for you.
8. If you require a referral to a specialist, (orthopedist, dermatologist, etc.), contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in selecting and scheduling an appointment with a specialist.
9. Appointments for initial treatment will be available within 3 business days of your request. Non-emergency appointments with specialists will be available within 20 business days or receipt of referral.

ADDITIONAL INFORMATION REGARDING YOUR RIGHTS UNDER THE CALIFORNIA MPN.

You will be provided notification upon transfer into the MPN. You may go to a specialist outside the MPN if your primary treating MPN physician refers you to a specialist outside the network. You may also choose your own specialist from within the MPN network independent of any referral by your treating physician or provider.

EMPLOYEE REQUEST FOR A SECOND/THIRD MEDICAL OPINION

You have the opportunity to request and obtain a second and a third medical opinion within the provider network if you have a disagreement with the treatment or diagnosis. During this process, you must continue to receive your treatment with your current treating physician, or another provider of your choice within the MPN. To view the entire list of MPN providers, you may log onto www.corvel.com as described in page 1, number 3. This process is as follows:

1. If you disagree with the treatment plan or diagnosis you can request a 2nd or 3rd medical opinion.
2. A request is generated from the employee either by phone or in writing to the Claims Adjuster.
3. The request is received by the Claims Adjuster who will provide a regional area listing of providers within the network for you to choose from. At any time you have the right to choose a physician from the entire MPN network or from the list provided.
4. You must schedule an appointment with one of the physicians from the supplied list or from the entire MPN within (60) sixty days, or it shall be deemed that you have waived your right to the second opinion process with regard to this disputed diagnosis or treatment. At any time you are choosing a physician, you have the right to select from the entire MPN.
5. Once you have obtained an appointment, you must notify your claims adjuster of the physician, the appointment date and time.
6. If the appointment is not made within 60 days of receipt of the list of available MPN providers, then you shall be deemed to have waived the second and/or third opinion process.
7. During this process, you are required to continue your treatment with the treating physician or a physician of your choice within the MPN.
8. If the 2nd or 3rd opinion physician determines that your injury is outside the scope of their practice, you will be provided with a new list of MPN providers and/or specialists.
9. If you disagree with the 2nd opinion, then you can request a 3rd opinion and follow Steps 2-5 as above.
10. If you disagree with the diagnosis or treatment of the third opinion physician, you may request an Independent Medical Review. At the time you request a third opinion, your employer, MPN contact or adjuster will give you information on requesting an Independent Medical Review and the form.
11. At the time of your selection of your third opinion physician, you will be supplied with information on how to request an independent medical review, along with an application for Independent Medical Review for you to complete, should you disagree with the third opinion.
12. The claims adjuster will contact the treating physician, provide a copy of the medical records or send the necessary records to the second and/or third opinion physician prior to the appointment date. Upon your request, you can receive a copy of the medical records from your claims adjuster.
13. The second/third opinion physician will be notified in writing that he or she has been selected to provide a second/third opinion and the nature of the dispute with a copy to you.
14. A copy of the written report shall be provided to the employee, the person designated by the employer or insurer, and the treating physician within 20 days of the date of the appointment or receipt of the results of the diagnostic tests, whichever is later.
15. You may obtain the recommended treatment within the MPN. If you choose you may obtain the recommended treatment by changing physicians to the second opinion physician, third opinion physician, or another MPN physician.

CHANGING YOUR PHYSICIAN

You are allowed to change to another provider if you would like to change providers for any other reason than listed above under Employee Request for a Second/Third Opinion. Your request may be directed to your Nurse case Manager or your Claims Adjuster. The provider must be within the Medical Provider Network. If you require a referral to a specialist, (orthopedist, dermatologist, etc.), contact your employer MPN contact, claims adjuster, or your case manager, if assigned, for assistance in selecting and scheduling an appointment with a specialist. The specialist you choose can be from the entire MPN.

TRANSFER OF ONGOING CARE INTO MPN

If you are being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to your enrollment into your employer's medical provider network (MPN), and your physician or provider becomes a provider or already is an MPN provider, the MPN/employer will notify you that your treatment is being provided by your physician or provider under the provisions of the MPN. You may request a complete copy of the Transfer of Ongoing Care policy from your employer or MPN. Some circumstances that may allow continued treatment with the terminated provider include an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness, or performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the MPN coverage effective date.

A dispute resolution policy is included in the Transfer of Ongoing Care policy. You may request a complete copy of the Transfer of Ongoing Care policy from your employer or MPN.

ACCESS STANDARDS

You have a right to access to MPN providers that are located within reasonable distances of your residence or workplace. The MPN must have a primary care physician and a hospital for emergency care within 30 minutes or 15 miles of your residence or workplace and providers of occupational health services and specialists within 60 minutes or 30 miles of your residence or workplace. If at any time you reside or work in a portion of the service area in which health care facilities are located outside the MPN access standards, the employer or MPN treating physician will assist the you in identifying a minimum of three (3) non-MPN providers in the specialty needed and within the access standard distance." If there are not three (3) providers in the needed specialty within the access standard distance you may choose a non-MPN provider.

CONTINUITY OF CARE

If you are treating in a medical provider network and the provider is terminated from participation in the MPN network, you have certain rights to continue your treatment with this terminated provider subject to the conditions set forth in your employer's Continuity of Care policy. Some circumstances that may allow continued treatment with the terminated provider include an acute condition, a serious chronic condition, a terminal illness, or performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.

A dispute resolution policy is included in the Continuity of Care policy. You may request a complete copy of the Continuity of Care policy from your employer or MPN.

EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT OF THE MEDICAL PROVIDER NETWORK

In order to provide the most timely and suitable quality medical care in the event of an injury on the job, we have instituted a Medical Provider Network for Workers' Compensation.

The following procedures must be followed for all work related injuries and illnesses.

- Report promptly any work related injury to the supervisor.
- For a referral to a medical provider specialist, contact your employer or claims adjuster.
- Ensure all medical treatment is handled only through the MPN (Medical Provider Network) unless otherwise authorized.
- Direct all questions about the level of care to the PCP (Primary Care Physician), who is the focal point for all medical treatment.
- A directory of medical care providers is available at my request through my employer.

Please sign below to indicate that you have read and understand the procedures to follow in the event of an injury and your duties under our Medical Provider Network.

Print Name

Date

Employee Signature

Employer

Employee Number

A COPY OF THE MPN DIRECTORY IS AVAILABLE FROM YOUR EMPLOYER OR ADJUSTER UPON YOUR REQUEST.

EMPLOYEE INFORMATION ON THE INDEPENDENT MEDICAL REVIEW PROCESS

This notice is to inform you of your rights, responsibilities and process in obtaining an Independent Medical Review (IMR). If you disagree with your treatment plan or diagnosis that the third opinion physician rendered, you have the right to request an Independent Medical Review. At the time you request a physician for a third opinion, your MPN contact or Claims Adjuster will provide you with this form covering the Independent Medical Review process. You will also be provided with an "Application for Independent Medical Review" form. The MPN contact or Claims Adjuster will fill out the "MPN Contact section" for you. You will need to complete the "employee section" of the form, indicate on the form whether you are requesting an in-person examination or a records review. You may also list an alternative specialty, if any, that is different from the specialty of the treating physician.

The Administrative Director will select an IMR with an appropriate specialty within 10 business days of receiving your Application for Independent Medical Review form. The Administrative Director's selection of the IMR will be based on the specialty of your treating physician, the alternative specialties listed by you and the MPN contact, and the information submitted with the Application for Independent Medical Review.

If you request an in-person examination, the Administrative Director will randomly select a physician from a list of available independent medical reviewers, with an appropriate specialty, who has an office located within thirty miles of your residential address, to be your independent medical reviewer. If there is only one physician with an appropriate specialty within thirty miles of your residential address, that physician shall be selected to be the independent medical reviewer. If there are no physicians with an appropriate specialty who have offices located within thirty miles of your residential address, the Administrative Director will search in increasing five mile increments, until one physician is located. If there are no available physicians with this appropriate specialty, the Administrative Director may choose another specialty based on the information submitted.

If you request a record review, then the Administrative Director will randomly select a physician with an appropriate specialty from the list of available independent medical reviewers to be the IMR. If there are no physicians with an appropriate specialty, the Administrative Director may choose another specialty based on the information submitted.

The Administrative Director will send written notification of the name and contact information of the IMR to you, your attorney, if any, the MPN contact and the IMR. The Administrative Director will send a copy of the completed Application for Independent Medical Review to the IMR.

You, the MPN Contact, or the selected IMR can object within 10 calendar days of receipt of the name of the IMR to the selection if there is a conflict of interest as defined by section 9768.2. If the IMR determines that they do not practice the appropriate specialty, the IMR shall withdraw within 10 calendar days of receipt of the notification of selection. If the conflict is verified or the IMR withdraws, the Administrative Director will select another IMR from the same specialty. If there are no available physicians with the same specialty, the Administrative Director may select an IMR with another specialty based on the information submitted and in accordance with the procedure set forth for an in-person examination and for a records review.

If you request an in-person examination, within sixty calendar days of receiving the name of the IMR, you must contact the IMR to arrange an appointment. If you fail to contact the IMR for an appointment within sixty calendar days of receiving the name of the IMR, then you will be deemed to have waived the IMR process with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician. The IMR shall schedule an appointment with you within thirty calendar days of the request for an appointment, unless all parties agree to a later date. The IMR shall notify the MPN contact of the appointment date.

Should you decide to withdraw the request for an independent medical review, you need to provide written notice to the Administrative Director and the MPN contact.

During this process, the employee shall remain within the MPN for treatment pursuant to section 9767.6.

The MPN Contact shall send all relevant medical records to the IMR. The MPN Contact shall also send a copy of the documents to the covered employee. The employee may furnish any relevant medical records or additional materials to the Independent Medical Reviewer, with a copy to the MPN contact as set forth in 8 CCR Section 9768.11(a). If you have requested an in-person examination and a special form of transportation is required because of your medical condition, the MPN contact will arrange it for you. The MPN Contact shall furnish transportation and arrange for an interpreter, if necessary, in advance of the in-person examination. All reasonable expenses of transportation shall be incurred by the insurer or employer pursuant to Labor Code section 4600. Except for the in-person examination itself, the independent medical reviewer shall have no ex parte contact with any party. Except for matters dealing with scheduling appointments, scheduling medical tests and obtaining medical records, all communications between the independent medical reviewer and any party shall be in writing with copies served on all parties.

If the IMR requires further tests, the IMR shall notify the MPN Contact within one working day of the appointment. All tests shall be consistent with the medical treatment utilization schedule adopted pursuant to Labor Code section 5307.27 or, prior to the adoption of this schedule, the ACOEM guidelines, and for all injuries not covered by the medical treatment utilization schedule or the ACOEM guidelines, in accordance with other evidence based medical treatment guidelines generally recognized by the national medical community and that are scientifically based.

The IMR may order any diagnostic tests necessary to make their determination regarding medical treatment or diagnostic services for the injury or illness but shall not request you to submit to an unnecessary exam or procedure. If a test duplicates a test already given, the IMR shall provide justification for the duplicative test in their report. If you fail to attend an examination with the IMR and fail to reschedule the appointment within five business days of the missed appointment, the IMR shall perform a review of the records and make a determination based on those records.

If you fail to attend an examination with the IMR and fail to reschedule the appointment within five business days of the missed appointment, the IMR shall perform a review of the records and make a determination based on those records.

The IMR will serve the report on the Administrative Director, the MPN Contact, you, your attorney, if any, within twenty days after the in-person examination or completion of the records review.

If the disputed health care service has not been provided and the IMR certifies in writing that an imminent and serious threat to the health of you exists, including, but not limited to, the potential loss of life, limb, or bodily function, or the immediate and serious deterioration of you, the report shall be expedited and rendered within three business days of the in-person examination by the IMR.

Subject to approval by the Administrative Director, reviews not covered above, may be extended for up to three business days in extraordinary circumstances or for good cause. Extensions for good cause shall be granted for; medical emergencies of the IMR or the IMR's family; death in the IMR's family; or natural disasters or other community catastrophes that interrupt the operation of the IMR's office operations.

Utilizing the medical treatment utilization schedule established pursuant to Labor Code section 5307.27 or, prior to the adoption of this schedule, the ACOEM guidelines, and taking into account any reports and information provided, the IMR shall determine whether the disputed health care service is consistent with the recommended standards. For injuries not covered by the medical treatment utilization schedule or by the ACOEM guidelines, the treatment rendered shall be in accordance with other evidence-based medical treatment guidelines which are generally recognized by the national medical community and scientifically based.

The IMR should not treat or offer to provide medical treatment for this injury or illness for which they have done an independent medical review evaluation for you unless a medical emergency arises during the in-person examination.

Neither you nor the employer nor the insurer shall have any liability for payment for the independent medical review which was not completed within the required timeframes unless you and the employer each waive the right to a new independent medical review and elect to accept the original evaluation.

The Administrative Director shall immediately adopt the determination of the independent medical reviewer and issue a written decision within five business days of receipt of the report.

The parties may appeal the Administrative Director's written decision by filing a petition with the Workers' Compensation Appeals Board and serving a copy on the administrative Director, within twenty days after receipt of the decision.

If the IMR agrees with the diagnosis, diagnostic service or medical treatment prescribed by the treating physician, you shall continue to receive treatment with physicians within the MPN.

If the IMR does not agree with the disputed diagnosis, diagnostic service or medical treatment prescribed by the treating physician, you shall seek medical treatment with a physician of your choice either within or outside the MPN. If you choose to receive medical treatment with a physician outside the MPN, the treatment is limited to the treatment recommended by the IMR or the diagnostic service recommended by the IMR. The medical treatment shall be consistent with the medical treatment utilization schedule established pursuant to Labor Code section 5307.27 or, prior to the adoption of this schedule, the ACOEM guidelines. For injuries not covered by the medical treatment utilization schedule or by the ACOEM guidelines, the treatment rendered shall be in accordance with other evidence-based medical treatment guidelines which are generally recognized by the national medical community and scientifically based. The employer or insurer shall be liable for the cost of any approved medical treatment in accordance with Labor Code section 5307.1 or 5307.11.

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

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

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

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____
(name of employer)

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

(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)

(street address, city, state, ZIP)

(telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

Employee's Signature: _____ Date: _____

Physician: I agree to this Pre-designation:

Signature: _____ Date: _____
(Physician or Designated Employee of the Physician or Medical Group)

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

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.
(Optional DWC Form 9783 March 1, 2007)

Medical Provider Network (MPN) Employee Notification

Se le brinda esta información para explicarle sus derechos y responsabilidades y lo que debe hacer si se accidenta en el trabajo. Usted también recibirá una copia de este aviso a la hora de lesión.

- La Regulación de Compensación Laboral de California requiere que empleados utilicen la Red de Proveedores Médicos (médicos, hospitales, servicios auxiliares) que son parte de una Red de Proveedores Médicos, sea, una MPN. La Red de Proveedores Médicos ha sido seleccionada para **tratamiento de lesiones ocasionadas en el trabajo**.

Contacto del Empleador:

Nombre del Contacto: Jacob Seehoffer	Número de Teléfono: 800.966.5307
Dirección: 1100 W. Town and Country Rd., Ste. 400	
Ciudad, Estado, Código Postal: Orange, CA 92868	

Si usted se lesionó en el trabajo...

- Reporte *inmediatamente* su lesión a su supervisor/gerente.

EN CASO DE EMERGENCIA, BUSQUE ATENCION MEDICA INMEDIATA EN EL MÁS CERCANO CENTRO DE EMERGENCIA.

- Le pueden pedir información tal como

- Su Nombre
 - Su Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal, Condado, Número de Teléfono
 - Fecha de Nacimiento
 - Número de Seguro Social
 - Fecha, Hora, Lugar y Naturaleza de la Lesión
- Si usted requiere tratamiento médico, un **médico de la Red de Proveedores Médicos** (u otro proveedor de cuidado médico) está disponible para atenderlo. El proveedor de la red MPN se hará su médico de cabecera y le brindará el tratamiento necesario y apropiado para su lesión ocasionada en el trabajo. Su médico de cabecera se encargará de su cuidado completo y hará referencias a especialistas como se requiera dentro del MPN. Una enfermera CorVel puede ser asignada para comunicarse con usted, su proveedor y empleador. Una lista de proveedores de servicios médicos de la red MPN está disponible de la persona contacto de la MPN de su empleador, de su ajustador de reclamos, o en línea en www.corvel.com - bajo el título "Empleados" escoja California de la caja ascendente, a continuación, seleccione la MPN de California. En cualquier momento cuando usted está eligiendo un medico, usted tiene el derecho de seleccionar del MPN entero.
 - Si usted se encuentra en un Viaje Relacionado al Trabajo o está fuera de su lugar de trabajo cuando ocurre una lesión, llame inmediatamente a su supervisor/ gerente para reportar su lesión. Ellos lo ayudarán a buscar atención médica. **En caso de emergencia, busque atención médica inmediata en el centro de emergencia más cercano.**
 - Si usted viaja o vive fuera de la área geográfica del MPN, usted será proporcionado por lo menos tres médicos para elegir su tratamiento médico dentro del reglamento que escoja de su tratamiento médico. Si en caso no hay tres medico del MPN dentro del reglamento disponible para tratarlo a usted, usted ce le permitirá a usar un proveedor accesible que no es de MPN. Usted tiene el derecho de cambiar médicos y obtener una segunda o tercera opinión dentro de los médicos recomendados.
 - A menos que usted pre-designado un médico personal que usted sólo puede utilizar a médicos dentro del MPN. Vea las excepciones en la Transferencia de Cuidado y Continuidad de Cuidado.
 - Si usted tiene problemas en programar una cita con un proveedor dentro de la MPN, comuníquese con el contacto de la MPN de su empleador, ajustador de reclamos, o gerente de casos, si es asignado, para que asistencia en programar una cita.

8. Si usted requiere referencia a un especialista (ortopédico, dermatólogo, etc.), comuníquese con el contacto de la MPN de su empleador, ajustador de reclamos, o su gerente de casos, si es asignado, para que le ayuden a seleccionar y programar una cita con un especialista.
9. Citas para tratamiento inicial serán disponibles dentro de 3 días hábiles de su solicitud. Citas con especialistas sin emergencia serán disponibles dentro de 20 días hábiles o al recibir la referencia.

INFORMACIÓN ADICIONAL CON RESPECTO A LAS SUS DERECHAS DEBAJO DE LA CALIFORNIA MPN.

Usted será notificación proporcionada sobre transferencia en el MPN. Usted puede ir a un especialista fuera del MPN si su médico primario del MPN que trata le refiere a un especialista fuera de la red. Usted puede también elegir a su propio especialista dentro de la independiente de la red del MPN de cualquier remisión por su médico o abastecedor que trata.

Usted tiene la oportunidad de solicitar y obtener una segunda y una tercera opinión médica dentro de la red de proveedores si usted no está de acuerdo con el tratamiento o diagnóstico. Durante este proceso, usted debe seguir recibiendo su tratamiento de

su médico tratante actual, u otro proveedor que usted escoja dentro de la MPN. Para ver la lista entera de los proveedores, usted puede ir a www.corvel.com como se describe en pagina 1, numero 3.

Este proceso es así:

1. Si usted no está de acuerdo con el plan de tratamiento o el diagnóstico, puede solicitar una segunda o tercera opinión médica.
2. Una solicitud es creada del empleado por teléfono o por escrito al Ajustador de Reclamos.
3. La solicitud es recibida por el Ajustador de Reclamos que proveerá una lista regional de área de los mismos proveedores dentro de la red que están disponibles para su selección. En cualquier momento, usted tiene el derecho de escoger a un médico de la red entera de MPN o de la lista proporcionada.
4. Usted debe programar una cita con uno de los médicos de la lista brindada o de la lista MPN dentro de (60) sesenta días, se considerará que usted ha renunciado su derecho al proceso de segunda opinión con relación al diagnóstico o tratamiento disputado. En cualquier momento cuando usted está eligiendo un medico, usted tiene el derecho de seleccionar del MPN entero.
5. Una vez usted ha obtenido una cita, debe notificar al ajustador de reclamos sobre el médico, fecha y hora de la cita.
6. Si la cita no esta hecha dentro de 60 días de recibir la lista de proveedores disponibles del MPN, entonces usted se le considera deber renunciado al proceso de la segunda y o tercer opinión.
7. Durante este proceso, usted esta requerido ha continuar su tratamiento con el médico de trata o el médico de su elección dentro del MPN.
8. Si los médicos de la segunda o tercer opiniones determinan que su lesión esta fuera del alcance de practica, se le proveerá una lista nueva de proveedores del MPN y o especialistas.
9. Si usted no está de acuerdo con la segunda opinión, puede solicitar una tercera opinión, siguiendo los Pasos 2 – 5 antedichos.
10. Si usted no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento del médico de la tercera opinión, puede solicitar una Revisión Médica Independiente. A la vez de solicitar la tercera opinión, su empleador, el contacto del MPN o su ajustador le dará la información de como solicitar la Revisión Medica Independiente y la forma de solicitud.
11. A la vez de su selección de su medico de tercer opinión, se le proporcionara con información de como solicitar una revisión medica independiente, con la solicitud para una Revisión Medica Independiente para que usted llene, si es que usted no esta de acuerdo con la tercer opinión.
12. El ajustador de reclamos contactará al médico que trata, proporcionarle una copia de los registros médicos o enviará los registros necesarios al segundo y/o tercer médico de la opinión antes de la fecha de nombramiento. Sobre su pedido, usted puede recibir una copia de los registros médicos por medio de su ajustador de reclamación.
13. El segundo/tercer médico de la opinión será notificado por escrito que él o ella han sido escogidos para proporcionar una segundo/tercer opinión y la razón de la disputa con una copia a usted.

- › 14. Una copia del informe escrito será proporcionado al empleado, la persona designada por el empleador o el asegurador, y al médico que trata dentro de 20 días de la fecha del nombramiento o al recibir los resultados de las pruebas diagnósticas, el que es más tarde.
- 15. Usted puede obtener el tratamiento aconsejado dentro del MPN. Si usted le elige puede obtener el tratamiento aconsejado cambiando a médicos al segundo médico de la opinión, a tercer médico de la opinión, o a otro médico de MPN.

CAMBIANDO A SU MÉDICO

A lo se permite cambiar a otro abastecedor si usted quisiera cambiar los abastecedores por cualquier otra razón que enumerada arriba bajo petición del empleado para una segunda/tercero opinión. Su petición se puede dirigir a su encargado del caso de la enfermera o a su ajustador de demandas. El abastecedor debe estar dentro de la red médica del abastecedor. Si usted requiere una remisión a un especialista, (ortopedista, dermatologist, etc.), entre en contacto con a su contacto del MPN del patrón, al ajustador de demandas, o a su encargado del caso, si está asignado, para la ayuda en seleccionar y programar una cita con un especialista. El especialista que usted elige puede ser del MPN entero.

LA TRANSFERENCIA DEL CUIDADO EN CURSO EN EL MPN

Si a un médico le está tratando para lesión o una enfermedad ocupacional o un abastecedor antes de su inscripción en la red médica del abastecedor de su patrón (MPN), y su médico o abastecedor se convierte en abastecedor o es ya abastecedor del MPN, el MPN/employer le notificará que su tratamiento está siendo proporcionado por su médico o abastecedor bajo provisiones del MPN. Usted puede solicitar una copia completa de la transferencia de la política en curso del cuidado de su patrón o MPN. Algunas circunstancias que pueden permitir el tratamiento continuado con el abastecedor terminado incluyen una condición aguda, una condición crónica seria, una enfermedad terminal, o funcionamiento de la cirugía o del otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el patrón como parte de un curso del tratamiento documentado y ha sido recomendado y documentado por el abastecedor para ocurrir en el plazo de 180 días de la fecha eficaz de la cobertura del MPN.

Una política de la resolución del conflicto se incluye en la transferencia de la política en curso del cuidado. Usted puede solicitar una copia completa de la transferencia de la política en curso del cuidado de su patrón o MPN.

LOS ESTÁNDARES DEL ACCESO

Usted tiene una derecha de tener acceso a los abastecedores del MPN que están situados dentro de distancias razonables de su residencia o lugar de trabajo. El MPN debe tener un médico primario del cuidado y un hospital para el cuidado de la emergencia en el plazo de 30 minutos o 15 millas de su residencia o lugar de trabajo y abastecedores de los servicios de la medicina del trabajo y especialistas a 60 minutos o a 30 millas de su residencia o lugar de trabajo. Si usted reside o trabaja en cualquier momento en una porción del área de servicio en la cual las instalaciones del cuidado médico están situadas fuera de los estándares del acceso del MPN, el patrón o el MPN que trata a médico le asistirá en identificar a un mínimo de tres (abastecedores 3) no-MPN en la especialidad necesitada y dentro de la distancia del estándar del acceso." Si no hay tres (3) abastecedores en la especialidad necesaria dentro de la distancia estándar del acceso usted puede elegir un abastecedor no-MPN.

CONTINUIDAD DEL CUIDADO

Si usted está tratando en una red médica del abastecedor y el abastecedor se termina de la participación en la red del MPN, usted tiene ciertas derechos de continuar su tratamiento con este abastecedor terminado conforme a las condiciones dispuestas en la continuidad de su patrón de la política del cuidado. Algunas circunstancias que pueden permitir el tratamiento continuado con el abastecedor terminado incluyen una condición aguda, una condición crónica seria, una enfermedad terminal, o funcionamiento de la cirugía o del otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el patrón como parte de un curso del tratamiento documentado y ha sido recomendado y documentado por el abastecedor para ocurrir en el plazo de 180 días de la fecha de la terminación del contrato.

Una política de la resolución del conflicto se incluye en la continuidad de la política del cuidado. Usted puede solicitar una copia completa de la continuidad de la política del cuidado de su patrón o MPN.

RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE LA MEDICAL PROVIDER NETWORK

Para brindar atención médica de la más rápida y de apropiada calidad en el evento de una lesión ocasionada en el trabajo, hemos instituido una Red de Proveedores Médicos para Compensación Laboral.

Los procedimientos siguientes deben ser seguidos para todas las lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo.

- Reporte inmediatamente a su supervisor cualquier lesión ocasionada en el trabajo.
- Para una referencia a un médico especialista, comuníquese con su empleador o ajustador de reclamos.
- Cerciórese que todo tratamiento médico sea manejado únicamente por la MPN (Red de Proveedores Médicos), a menos que de otro modo autorizado
- Dirija toda pregunta sobre el nivel de cuidado al PCP (Primary Care Physician – Médico de Cabecera), quien es el punto de referencia para todo tratamiento médico.
- Un directorio de proveedores de cuidado médico está disponible al solicitarlo a través de mi empleador.

Por favor firmar abajo para indicar que usted ha leído y entendido los procedimientos que se siguen en el evento de una lesión y sus responsabilidades bajo nuestra Red de Proveedores Médicos.

Nombre en Imprenta

Fecha

Firma del Empleado

Empleador

Número del Empleado

UNA COPIA DEL DIRECTORIO DE LA MPN ESTA DISPONIBLE DE SU EMPLEADOR O AJUSTADOR AL SOLICITARLO.

INFORMACIÓN DEL EMPLEADO SOBRE EL PROCESO DE LA REVISIÓN MÉDICA INDEPENDIENTE

Este aviso es para informarle de sus derechos, responsabilidades y el procedimiento a obtener una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR). Si usted no esta de acuerdo con su plan de tratamiento o el diagnóstico que el tercer médico de opinión rindió, usted tiene el derecho de solicitar una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR). Cuando usted solicite a un médico para una tercera opinión, su contacto del MPN o ajustadora de reclamos le proporcionará con esta forma que cubre el procedimiento de Una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR). Usted será proporcionado también con una forma "Solicitud para Una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR)". El contacto de MPN o Ajustadora de reclamos le llenará "la sección de MPN Contact". Usted necesitará completar "la sección de empleado" de la forma, indique en la forma si usted solicita un examen en-persona o una revisión de registros. Usted puede listar también una especialidad alternativa, si es distinta de la especialidad del médico de tratamiento.

El Director Administrativo (Administrative Director) escogerá un IMR con una especialidad apropiada dentro de 10 días hábiles de recibir la forma de solicitud para una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR). La selección del Director Administrativo sobre el IMR se basará en la especialidad de su médico de tratamiento, las especialidades alternativas en la lista escogidos por usted y por el contacto de MPN, y la información sometida con la Solicitud para obtener una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR).

Si usted solicita un examen en-persona, el Director Administrativo escogerá al azar un médico de una lista de médicos críticos independientes y disponibles, con una especialidad apropiada, que tenga una oficina localizada dentro de treinta millas de su dirección residencial, para ser su médico crítico independiente. Si hay sólo un médico con una especialidad apropiada dentro de treinta millas de su dirección residencial, ese médico será escogido a ser el medico crítico independiente. Si no hay médicos con una especialidad apropiada que tenga las oficinas localizadas dentro de treinta millas de su dirección residencial, el Director Administrativo aumentará el incremento de milla de archivo, hasta que un médico sea localizado. Si no hay médicos disponibles con esta especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad basada en la información sometida.

Si usted solicita una revisión del registro, entonces el Director Administrativo al azar escogerá un médico con una especialidad apropiada de la lista de médicos críticos independientes y disponibles para ser el IMR. Si no hay médicos con una especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad basada en la información sometida.

El Director Administrativo le enviará notificación en escrito del nombre de y la información de contacto del IMR ha usted, su abogado, si es que lo tiene, al contacto de MPN y al IMR. El Director Administrativo enviará una copia de la solicitud terminada para obtener una Revisión Medica Independiente o Independent Medical Review (IMR).

Usted, el contacto del MPN, o el IMR escogido pueden oponerse a la selección dentro de 10 días de calendario después de recibir del nombre del IMR, si hay un conflicto de intereses como definido por la sección 9768.2. Si el IMR determina que ellos no practican la especialidad apropiada, el IMR retirará la selección dentro de 10 días de calendario de recibir la notificación de la selección. Si el conflicto se verifica o el IMR se retira, el Director Administrativo escogerá otro IMR de la misma especialidad. Si no hay médicos disponibles con la misma especialidad, el Director Administrativo puede escoger un IMR con otra especialidad basada en la información sometida y de acuerdo con el conjunto de procedimiento establecido para un examen en-persona y para una revisión de registros.

Si usted solicita un examen en-persona, dentro de sesenta días de calendario después de recibir el nombre del IMR, usted debe contactar el IMR para hacer una cita. Si usted falla en contactar al IMR para hacer una cita dentro de sesenta días de calendario después de recibir el nombre del IMR, entonces será considerado de haber renunciado al procedimiento de IMR con respecto a este diagnóstico o el tratamiento disputado de su médico de tratamiento. El IMR fijará una cita con usted dentro de treinta días de calendario después del pedido de la cita, al menos de que todos los interesados concordarán a una fecha mas adelante. El IMR notificará el contacto de MPN de la fecha de la cita.

Si usted decide retirar el pedido para una revisión médica independiente, usted necesita proporcionar un aviso en escrito al Director Administrativo y al contacto del MPN.

Durante este proceso, el empleado permanecerá dentro del MPN para el tratamiento conforme a la sección 9767.6.

El contacto del MPN enviara todos los expedientes médicos relevantes al IMR. El contacto del MPN también enviara una copia de los documentos al empleado cubierto. El empleado puede equipar cualesquiera expedientes médicos relevantes o material adicional al revisor medico independiente, con una copia al contacto del MPN según lo dispuesto en la sección 9768.11 (a) de 8 CCR. Si usted ha solicitado un examen en-persona y una forma especial de transporte que se requiere por su condición médica, el contacto del MPN se lo organizará. El contacto del MPN proporcionará el transporte y organizará un intérprete, si es necesario, con anticipo del examen en-persona. Todos gastos razonables del transporte serán incurridos por la compañía de seguros o el empleador conforme a sección 4600 del Código Laboral. Con la excepción del examen en-persona, el médico crítico independiente no tendrá contacto ex parte con ningún partido. Con la excepción de los asuntos que tratan con la programación de la cita, la programación de pruebas médicas y para obtener los registros médicos, toda comunicación entre el médico crítico independiente y todo partido será hecho en escrito notificando con copias ha todos partidos.

Si el IMR requiere pruebas adicionales, el IMR notificará ha el contacto del MPN dentro de una día de trabajo de la cita. Toda

prueba será consecuente con el anexo médico de la utilización del tratamiento adoptado conforme a sección 5307.27 del Código Laboral o, antes de la adopción de este anexo, las directriz de ACOEM, y para todas heridas no cubiertas por el anexo médico de la utilización del tratamiento o las directriz de ACOEM, de acuerdo con otra evidencia directriz médica basadas de tratamiento generalmente reconocido por la comunidad médica nacional y basada científicamente.

El IMR puede ordenar alguna prueba diagnóstica necesaria para hacer su determinación con respecto al tratamiento médico o servicios diagnósticos para la herida o la enfermedad pero no le solicitará para someterse a un examen o procedimiento innecesario. Si una prueba duplica una prueba que ya se haya dado, el IMR proporcionará la justificación para la prueba duplicada en su informe.

Si usted falla de asistir ha un examen con el IMR y falla en hacer otra cita dentro de cinco días hábiles después de la cita que falló, el IMR llevará acabo una revisión de los registros y hará una determinación basada en esos registros.

El IMR rendirá el informe al Director Administrativo, al contacto del MPN, ha usted, su abogado, si es que lo tiene, dentro de veinte días después del examen en-persona o revisión de los registros.

Si el servicio de asistencia medica disputada no se ha proporcionado y el IMR certifica en escrito que una amenaza inminente y grave a la salud de usted existe, incluyendo, pero no limitado a, la pérdida potencial de la vida, un miembro, o funciones fisiológicas, o el empeoramiento inmediato y grave de usted, el informe se facilitará y será rendido dentro de tres días hábiles del examen en-persona por el IMR.

Sujeto a la aprobación por el Director Administrativo, las revisiones no citadas anteriormente, podrían ser extendidas hasta tres días hábiles en circunstancias extraordinarias o por buena causa. Las extensiones por la causa buena se otorgarán para; emergencia médicas del IMR o por la familia del IMR; la muerte en la familia del IMR; o los desastres naturales u otras catástrofes de la comunidad que interrumpen la operación de la oficina del IMR.

Utilizar el anexo médico de la utilización del tratamiento estableció conforme a sección 5307.27 del Código Laboral o, antes de la adopción de este anexo, la directriz de ACOEM, y tomando en cuenta todos los informes y la información proporcionada, el IMR determinará si el servicio disputado de asistencia médica es consecuente con los estándares recomendados. Para heridas no cubiertas por el anexo médico de la utilización del tratamiento o por la directriz de ACOEM, el tratamiento rendido será de acuerdo con otras directriz basado en la evidencia médica de tratamientos que son reconocidas generalmente por la comunidad médica nacional y basada científicamente.

El IMR no debe tratar ni debe ofrecer proporcionar el tratamiento médico para esta herida o la enfermedad por la cual se ha hecho una evaluación médica independiente para usted al menos que una emergencia médica haya ocurrido durante el examen en-persona.

Ni usted, ni el empleado, ni la compañía de seguros tendrán ninguna responsabilidad para el pago de la revisión médica independiente que no se haya completado dentro de las agendas requeridas a menos que usted y el empleador renuncien al derecho de una nueva revisión médica independiente y elijan aceptar la evaluación original.

El Director Administrativo adoptará inmediatamente la determinación del crítico médico independiente y publicará una decisión en escrito dentro de cinco días hábiles después de recibir del informe.

Los partidos pueden apelar a la decisión del Director Administrativo sometiendo una petición con la Oficina de Apelación de Compensación al Trabajador (Workers' Compensation Appeals Board) y notificar con una copia al Director administrativo, dentro de veinte días después del recibo de la decisión.

Si el IMR concuerda con el diagnóstico, el servicio diagnóstico o el tratamiento médico prescrito por el médico de tratamiento, usted continuará a recibir el tratamiento con médicos dentro del MPN.

Si el IMR no concuerda con el diagnóstico disputado, el servicio diagnóstico ni el tratamiento médico prescrito por el médico de tratamiento, usted tendrá la oportunidad de buscar el tratamiento médico con un médico de su selecto sea dentro de o fuera del MPN. Si usted elige recibir el tratamiento médico con un médico fuera del MPN, el tratamiento es limitado al tratamiento recomendado por el IMR o el servicio diagnóstico recomendado por el IMR. El tratamiento médico será consecuente con el anexo médico de la utilización del tratamiento establecido conforme a sección 5307.27 del Código Laboral o, antes de la adopción de este anexo, las directriz de ACOEM. Para heridas no cubiertas por el anexo médico de la utilización del tratamiento ni por las directriz de ACOEM, el tratamiento rendido será de acuerdo con otras directriz médicas basadas en evidencia del tratamiento que son reconocidas generalmente por la comunidad médica nacional y basadas científicamente.

El empleador o la compañía de seguros serán responsables del costo de algún tratamiento aprobado de acuerdo con sección 5307.1 o 5307.11 del Código Laboral.

PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

En caso usted sostiene una lesión o enfermedad relacionaron a su empleo, usted puede ser tratado para tal lesión o enfermedad por su médico personal (M.D.), medico de osteopática (D.O.) o el grupo médico si:

- su empleador ofrece cobertura del grupo de salud;
- el médico es su médico regular, que será un médico que ha limitado su ejercicio de la medicina a la práctica general o que es certificado o elegible internista, pediatra, el obstetra-ginecólogo, o practicante familiar, y ha dirigido anteriormente su tratamiento médico, y retiene sus registro medico;
- su "médico personal" puede ser un grupo médico si es una corporación o una asociación que se compone de médicos con licencia de medicina o de osteopatía, que opera una especialidad multiple integrada a un grupo médico que proporciona un extenso servicios médicos completos predominantemente para enfermedades de lesiones no de trabajo;
- antes de la lesión su médico estara de acuerdo en tratarle para lesiones de trabajo o enfermedades;
- antes de la lesión usted le proporcionara a su empleador el siguiente por escrito: (1) nota que usted desea a su médico personal tratarle para una lesión o enfermedad relacionado al trabajo, y (2) el nombre personal y dirección de su doctor.

Usted puede utilizar esta forma para notificar a su empleador si desea tener su médico personal o un médico de medicina osteopatico para tratarle a usted de una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo y los requisitos antes mencionados son cumplidos.

AVISO DE PREDESIGNACION DE MEDICO PERSONAL

El empleado: Complete esta sección

Para: _____

(nombre de empleador)

Si usted tiene una lesión o enfermedad escojo ser tratado por:

(Nombre de médico) (M.D., D.O., o grupo médico)

(Dirección, ciudad, estado, zona postal)

(Número de teléfono)

Nombre del empleado (por favor escribir letra de molde): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta predesignacion:

Firma : _____ Fecha : _____

(Médico o empleado designado del médico o grupo médico)

El médico no está obligado a firmar este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado del médico o grupo médico no firma, otra documentación del acuerdo del médico para ser designado se requerirá de conformidad con el Título 8, Código de Regulaciones, sección 9780.1 (a) (3).

Título 8, Código de Regulaciones, sección 9783.

(Formulario DWC Facultativo 9783 01 de marzo 2007)