

MPN Employee Implementation Notification

"Unless you predesignate a physician or medical group, your new work injuries arising on or after 02/14/2014 will be treated by providers in the Sedgwick CMS Extended 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."

Empleado MPN Aplicación de notificación

"A menos que usted haya designado previamente a un médico o grupo médico, las nuevas lesiones laborales que se presenten el 02/14/2014 o posteriormente serán tratadas por los proveedores de la red de atención médica Sedgwick CMS Extended MPN. Si usted tiene una lesión, es posible que se requiera que cambie a un médico de la nueva Red de Proveedores de Atención Médica. Consulte a su perito de seguros. En el cartel sobre indemnización por accidentes laborales puede obtener más información sobre la Red de Proveedores de Atención Médica o con su empleador."

DWC FORM 9783 (March 1, 2007) 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.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) if:

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

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

EMPLOYEE	
You (the employee) sign this section.	
Employer	_____
Employee Name*	_____ _____
Employee ID#*	_____
Date of Hire	_____
Date of Birth	_____
Address	_____
City	_____
St, Zip	_____
In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.	
Signature	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Date	_____

PHYSICIAN	
We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk.	
Please PRINT clearly.	
Physician First Name*	_____
Physician Last Name*	_____
Street Address*	_____
of the physician's practice	_____
City*	_____
St, Zip*	_____
Telephone Number	_____
of the physician's practice	(_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _
Group Name:	_____
CA License	_____
I agree to this Predesignation:	
Physician Signature	<input checked="" type="checkbox"/> _____
Date of Acceptance	_____

The physician is not required to sign this form, however, if the physician or designated employee of the physician 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).

Send this completed form to the CAPS Payroll Risk Management Department by email, fax, or mail.

Email: MPN@CAPSpayroll.com

Fax: 310-204-1912

Mail: CAPS Payroll

Attn: Risk Management Department
10600 Virginia Ave
Culver City, CA 90232

DWC FORMA 9783 (1 de Marzo, 2007) DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

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

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

Puede 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.

EMPLEADO: Empleado: Firme esta sección. <i>No podemos procesar esta formulario sin los campos marcados en negrilla con un asterisco (*)</i> Empleador: _____ Nombre Del Empleado*: _____ (Employee ID#*): _____ Fecha de alquiler: _____ Fecha de nacimiento: _____ Dirección: _____ Cuidad: _____ Estado/Codigo Postal*: _____ <i>Empleado firmar esta sección.</i> Firma * <u> X </u> _____ Fecha _____	MÉDICO: DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR <i>Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de: (En letras de molde, por favor):</i> Médico (primer nombre*) _____ Médico (ultimo nombre*) _____ Dirección de oficina* _____ Cuidad* _____ Estado/Codigo Postal* _____ Número De Teléfono (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ Nombre de grupo Medico: _____ Licencia de CA# _____ <i>Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación previa</i> Médico: Firme esta sección Firma: <u> X </u> _____ Fecha de aceptación: _____
---	--

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).

Envia este documento completado a el departamento de gestión de riesgos por correo electrónico, fax, o correo.

Correo electrónico: **MPN@CAPSpayroll.com**
Fax: **310-204-1912**
Correo: **CAPS Payroll**
Attn: Risk Management Department
10600 Virginia Ave
Culver City, CA 90232

New Hire Notice -- Injuries Caused By Work

What does workers' compensation cover?

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). Generally, independent contractors, and volunteers who receive no compensation are not covered by workers' compensation benefits. Injuries resulting from off duty recreational, social, or athletic activities, unless condoned or sponsored by your employer, are generally not covered.

Benefits:

Workers' compensation benefits include: Medical care, temporary disability, permanent disability, supplemental job displacement voucher, and death benefits

Medical Care:

You are entitled to medical care that is reasonably required to cure or relieve you from the effects of your work-related injury. Medical care may include doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines that are reasonably necessary to treat your injury. Providers should never bill you directly for work-related injuries. There is a limit on some medical services. Your employer is required to provide you with a claim form within one business day of learning about your injury. It is extremely important that you complete the "Employee" section of the claim form as your employer is required to authorize medical care within one working day after you file the form. If additional care is necessary after the initial treatment, the claims administrator will authorize any care that is appropriate for your injury, including the referral to specialists.

Your Primary Treating Physician (PTP):

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. The primary treating physician determines what type of treatment you need and when you may return to work. A multispecialty medical group of licensed doctors and osteopathy can be designated as personal physicians. 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 by making a request to the claims administrator. Chiropractors may not continue as the primary treating physician after 24 visits. If specialists, diagnostics, etc. are needed in your case, this physician will be responsible for making the referrals. If you name your personal physician before your injury, 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.

Special rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or has a medical provider network. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or MPN. Contact your employer for more information.

Treatment by your personal physician:

You may be treated by your personal physician if you notify your employer prior to your injury. A personal physician includes a medical group of licensed doctors of medicine or osteopathy. Please have your physician complete the attached form and return to your employer. The following requirements must be met:

1. You must have group health coverage from any source for non-industrial illnesses and injuries.
2. Your personal physician must agree in advance to treat you for any work injuries or illnesses
3. Your physician must be your regular physician and surgeon.
4. Your physician has previously directed your medical treatment and retains your records, including your medical history.

What happens if your employer disputes your injury?

State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a DWC 1 claim form. Your employer may be liable for as much as \$10,000 in medical care until your claim is accepted or denied.

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 pre-designated your personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your pre-designated doctor. If you have not pre-designated 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 the 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 toll free number: 800-625-6588

MPN Website: www.coventrywcs.com

- Select Client Log In and Tools
- Select the radial button for FOCUS/Coventry Login (GeoAccess Channeling Tools)
- On the client ID screen key in:
 - a. Sedgwickkaisercampn for the Sedgwick CMS Extended MPN with Kaiser physicians

Current MPN Address:
Sedgwick CMS
10690 White Rock Road Suite 100
Rancho Cordova, CA 95670
MPN Effective Date: 02/14/2014

What if my employer has a Medical Provider Network?

Please see the attached Medical Provider Network Employee Notification.

What if my employer does not have a Medical Provider Network?

If your employer 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 within 30 days of reporting your injury. Chiropractors may not continue as the primary treating physician after 24 visits. You may use the attached Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist form to notify your employer of this change.

Emergency Medical Care:

If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department.

First Aid:

If you need first aid treatment, contact your employer. If you have more than a simple first aid injury, you will need to ask your employer for a claim form.

Temporary Disability (TD) Benefits:

You may be entitled to payments if you lose wages while recovering. Your temporary disability rate is calculated by multiplying your average weekly wage by two thirds. The first 3 days of disability are not payable under California law unless there is hospitalization at the time of injury or the disability exceeds 14 days. If your physician returns you to work on a modified basis, you may be entitled to wage loss. This is generally calculated by multiplying the difference between your average weekly wage and your earnings during modified duties times two thirds. This is subject to the benefit minimums and maximums set by the California Legislature. Temporary disability benefits are payable within 14 days of the date of injury or knowledge of the injury. Subsequent payments are due every 14 days. For injuries occurring on or after 1/1/08, no more than 104 weeks of temporary disability are payable within 5 years from the date of injury. For longer term conditions (hepatitis B & C, amputations, severe burns, HIV, high velocity eye injuries, chemical burns to the eyes, pulmonary fibrosis, and chronic lung disease) no more than 240 weeks within five years from the date of injury are payable. You may be eligible for state disability benefits from the Employment Development Department (EDD) if TD benefits are stopped, delayed, or denied. There are time limits so contact EDD for more information.

Permanent Disability (PD) Benefits:

You may be entitled to payments if your physician says your injury has limited your ability to work. The permanent disability rate is calculated by multiplying your average weekly wage by two thirds, subject to statutory minimums and maximums. The amount of permanent disability or impairment may depend on your doctor's opinion, as well as your age, occupation type of injury and date of injury. If you have permanent disability or your claims examiner suspects you have permanent disability, a letter will be sent to you explaining your benefits, including the estimate or total value of permanent disability, weekly payment amount, how the benefit was calculated, and all of your related rights under the California Labor Code, including your right to object to the report upon which the determination is being based. Permanent Disability benefits are payable within 14 days of the last payment of temporary disability benefits or after your physician indicates there is permanent disability. The benefit is payable every fourteen days. Permanent Disability benefits are not payable until your claim is finalized if your employer offered a job upon termination of temporary disability benefits.

Supplemental Job Displacement Benefit:

You may be entitled to a nontransferable voucher payable to a state approved school. To qualify, your injury must result in a permanent impairment and your employer is unable to offer modified or alternative work within 60 days of receipt of a report asserting that all medical conditions have reached maximum medical improvement. If your employer does not offer a modified or alternate job within 60 days of determination of maximum medical improvement, you may choose to receive a nontransferable voucher to use at a state accredited school for education-related retraining or skill replacement. If you qualify for the supplemental job displacement benefit, your claims examiner will provide a voucher for up to \$6,000.00.

Return to Work Fund

If your injury results in permanent impairment and it is determined that the amount awarded is disproportionately low in comparison to your loss of earnings, you may be entitled to additional compensation. A fund was established to supplement permanent impairment benefits under specific circumstances. This fund is administered by the Division of Workers Compensation. Your examiner can assist in directing you to the correct resource to determine eligibility.

Death Benefits:

Death benefits are paid to dependents of a worker who dies from a work-related injury or illness. The benefit is calculated and paid in the same manner as temporary disability. This benefit is paid at a minimum rate of \$224 per week. The death benefit rates are set by state law and the amount depends upon the number of dependents. If dependent minor children are involved, death benefits are payable at least until the youngest child reaches majority age. Burial expenses are also provided under this benefit.

Report Your Injury:

Report the injury immediately to your supervisor or to:

Employer representative:

CAPS, LLC or Payroll Associates, LLC

Phone number: 310-280-0755

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. Until the date the claim is accepted or rejected, liability for medical treatment shall be limited to ten thousand dollars (\$ 10,000). If your claim is denied, you have the right to appeal the decision within one year of the date of injury.

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?

If you have questions, see your employer or the claims examiner who handles workers' compensation claims for your employer.

Claims Administrator:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Address: P.O. Box 14440

City: Lexington State: KY Zip: 40512-4440

Phone: 951-275-5400

The employer is insured for workers' compensation by:

The Insurance Company of the state of PA

How do I locate information regarding my employer's current workers' compensation carrier?

For information regarding your employer's workers' compensation carrier, please visit the below website.

<https://www.caworkcompcoverage.com>

If the workers' compensation policy has expired, contact a

Labor Commissioner at the Division of Labor Standards Enforcement - their number can be found in your local White Pages under California State Government, Department of Industrial Relations.

You can get free information from a State Division of Workers' Compensation Information & Assistance Officer.

The nearest Information & Assistance Officer is at:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>

Hear recorded information and a list of local offices by calling toll-free (800) 736-7401.

Learn more online: www.dir.ca.gov.

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.



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.) or doctor of osteopathic medicine (D.O.) if:

You must have group health coverage for non-industrial injuries or illnesses from any source;

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: CAPS, LLC & Payroll Associates, LLC. If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

(name of doctor) (M.D., D.O.)

(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)

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

DWC FORM 9783 (March 1, 2007)

MPN Employee Implementation Notification

“Unless you predesignate a physician or medical group, your new work injuries arising on or after 02/14/2014 will be treated by providers in the Sedgwick CMS Extended 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.”

Notificación de nueva contratación – Lesiones ocasionadas en el trabajo

¿Qué cubre la indemnización por accidentes laborales?

Es posible que usted tenga derecho a los beneficios de indemnización por accidentes laborales si se lesiona o enferma a causa de su trabajo. La indemnización por accidentes laborales cubre la mayoría de las lesiones físicas o mentales relativas al trabajo, así como las enfermedades laborales. Una lesión o una enfermedad puede ser provocada por un suceso (como lastimarse la espalda al caerse) o por repetidas exposiciones, como al lastimarse la muñeca por estar haciendo el mismo movimiento una y otra vez. Por lo general, los contratistas independientes y los voluntarios que no reciben una remuneración no tienen la cobertura de beneficios de indemnización por accidentes laborales.

Beneficios:

Entre los beneficios de indemnización por accidentes laborales están: Atención médica, discapacidad temporal, discapacidad permanente, vale de beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo y beneficios a causa de fallecimiento.

Atención médica:

Usted tiene derecho a recibir la atención médica que razonablemente se requiera para curarle o aliviarle los efectos de su lesión laboral. La atención médica puede incluir las consultas al médico, servicios hospitalarios, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías y medicamentos que sean razonablemente necesarios para dar tratamiento a su lesión. Los proveedores nunca deberán cobrarle a usted directamente cuando se trate de lesiones laborales. Existe cierto límite en cuanto a algunos servicios médicos. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. Es sumamente importante que en el formulario de reclamación usted llene la sección "Empleado", ya que a su empleador se le exige que autorice la atención médica en un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario. En caso de que sea necesaria atención adicional después del tratamiento inicial, el administrador de reclamaciones autorizará lo que sea apropiado para su lesión, inclusive, la derivación a especialistas.

Su Médico Primario de Tratamiento (PTP):

Se trata del médico con la responsabilidad general de darle tratamiento a su lesión o enfermedad. Su médico primario de tratamiento determina qué tipo de tratamiento necesita y cuándo podrá regresar a su trabajo. Como médicos personales se puede designar a un grupo de diversas especialidades de médicos y osteópatas con licencia. Si su empleador o la compañía aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo atienda por su

quiropático o su acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral si presenta una solicitud al administrador de reclamaciones. Después de 24 consultas, los quiropáticos no pueden seguir siendo médicos primarios de tratamiento. Si en su caso son necesarios especialistas, diagnósticos, etc., este médico será el responsable de hacer las derivaciones correspondientes. Si usted designa a su médico particular antes de que ocurra la lesión, en algunas circunstancias podrá consultarlo para obtener tratamiento. De lo contrario, su empleador tiene derecho a elegir al médico que durante los primeros 30 días le dará tratamiento. Después de 30 días, podrá cambiar al médico de su preferencia. Se aplican reglas especiales si su empleador le ofrece una Organización de Atención Médica (HCO) o si cuenta con una red de proveedores de atención médica. Usted deberá recibir información por parte de su empleador si cuenta con cobertura de una HCO o de una MPN. Para más información, pregunte a su empleador.

Tratamiento por parte de su médico particular:

Su médico particular puede darle tratamiento si usted se lo notifica a su empleador antes de que ocurra una lesión. El médico particular también puede ser un grupo de médicos u osteópatas con licencia. Por favor pídale a su médico que llene el formulario adjunto y que se lo devuelva a su empleador. Se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Usted deberá contar con algún seguro de grupo de salud para enfermedades y lesiones no laborales.
2. Su médico particular debe estar de acuerdo previamente en darle tratamiento por lesiones o enfermedades laborales.
3. Su médico debe ser su médico de cabecera y cirujano.
4. Su médico previamente se ha encargado de su tratamiento y conserva sus registros, inclusive su historial médico.

¿Qué sucede si su empleador cuestiona la lesión?

La ley estatal exige que su empleador autorice atención médica en un lapso de un día a partir de que reciba el formulario de reclamación DWC 1. Su empleador puede ser responsable de hasta \$10,000 en atención médica hasta que la reclamación sea aceptada o rechazada.

Redes de Proveedores de Atención Médica:

Puede ser que su empleador utilice una MPN, la cual es una red seleccionada de proveedores de atención médica que se encargan de dar tratamiento a los trabajadores que se lesionan o enferman en el trabajo. Si su empleador cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica, junto a este cartel deberá exhibir un aviso en el que se explique cómo se hace uso de dicha red. Usted puede solicitar una copia de este aviso si llama al número de la Red de Proveedores de Atención Médica que aparece más abajo. Si usted ha designado previamente a su médico particular antes de que ocurra una lesión laboral, entonces



puede recibir tratamiento con dicho médico. Si no lo ha designado previamente y su empleador cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica, usted estará en libertad de elegir de la MPN al proveedor adecuado después de la primera consulta médica que su empleador haya indicado. Si para una lesión actual usted recibe tratamiento de un médico que no pertenezca a la Red de Proveedores de Atención Médica, es posible que se requiera que cambie de médico a alguno que sí forme parte de la red. Para más información consulte la información de contacto de la Red de Proveedores de Atención Médica a continuación:

Número telefónico gratuito de la Red de Proveedores de Atención Médica actual: 800-625-6588

Sitio web de la MPN: www.coventrywcs.com

- Seleccione "Client Log In" y "Tools"
- Seleccione el botón radial para FOCUS/Conventry Login (GeoAccess Channeling Tools)
- En la pantalla de identificación del cliente, escriba:
 - Sedgwickkaisercampn para la Red de Proveedores de Atención Médica Sedgwick CMS Extendida con médicos Kaiser o

Dirección de la Red de Proveedores de Atención Médica actual:

Sedgwick CMS
10690 White Rock Road Suite 100
Rancho Cordova, CA 95670

Fecha en que entra en vigor la MPN:

02/14/2014

¿Y si mi empleador cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica?

Consulte la Notificación para los Empleados sobre la Red de Proveedores de Atención Médica que se anexa.

¿Y si mi empleador no cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica?

Si su empleador no tiene una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo atiende por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral en un lapso de 30 días a partir de que reporte la lesión. Después de 24 consultas, los quiroprácticos no pueden seguir siendo médicos primarios de tratamiento. Puede usar el formulario anexo de Notificación al Quiropráctico o Acupunturista Personal para notificar a su empleador sobre este cambio.

Atención médica de emergencia:

Si necesita atención médica de emergencia, llame inmediatamente al 911 para recibir ayuda del hospital, ambulancia, departamento de bomberos o de la policía.

Primeros auxilios:

Si necesita primeros auxilios, avise a su empleador. Si tiene más que una lesión simple que requiera primeros auxilios, necesitará pedir a su empleador un formulario de reclamación.

Beneficios por discapacidad temporal (TD):

Es posible que usted tenga derecho a pagos si pierde su salario mientras se recupera. La tarifa por discapacidad temporal se calcula multiplicando su salario semanal promedio por dos tercios. Según la ley de California, los 3 primeros días de incapacidad no se pagan, a menos que haya hospitalización al momento de la lesión o que la incapacidad sea por más de 14 días. Si su médico lo regresa a trabajar con modificaciones, es posible que tenga derecho a pérdida de salario. Generalmente esto se calcula al multiplicar por dos tercios la diferencia entre su salario semanal promedio y sus ingresos durante el tiempo que desempeñe el trabajo modificado. Esto está sujeto al mínimo y máximo de beneficios estipulados por la Legislatura de California. Los beneficios por discapacidad temporal son pagaderos dentro de los 14 días después de la fecha de la lesión o de que se sepa de la lesión. Los pagos posteriores son cada 14 días. Las lesiones que hayan ocurrido el 1 de enero de 2008 o después, sin exceder 104 semanas de discapacidad temporal, son pagaderas en un lapso de 5 años a partir de la fecha de la lesión. Las afecciones a más largo plazo (como hepatitis B y C, amputaciones, quemaduras graves, VIH, lesiones oculares por alta velocidad, quemaduras en los ojos por sustancias químicas, fibrosis pulmonar y enfermedades crónicas de los pulmones) son pagaderas no más de 240 semanas en un lapso de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir beneficios estatales por incapacidad por parte del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) si los beneficios por discapacidad temporal se suspenden, se demoran o se niegan. Existen límites de tiempo, por lo tanto, para más información comuníquese al EDD.

Beneficios por discapacidad permanente (PD):

Usted puede tener derecho a recibir pagos si su médico determina que su lesión ha limitado su capacidad para trabajar. La tarifa por discapacidad permanente se calcula al multiplicar su salario semanal promedio por dos tercios y está sujeta al mínimo y máximo establecidos por la ley. La cantidad por discapacidad o impedimento permanente puede depender de la opinión de su médico, así como de su edad, tipo de lesión según su ocupación y la fecha de la lesión. Si usted tiene una discapacidad permanente o su evaluador de reclamaciones sospecha que la tenga, se le enviará una carta en la que le expliquen sus beneficios, incluirá el cálculo o el valor total de la discapacidad permanente, la cantidad de pago semanal, cómo se calcula el beneficio y todos sus derechos respectivos conforme al Código del Trabajo de California, e inclusive su derecho a objetar el informe sobre el cual se basa la resolución. Los beneficios por discapacidad permanente son pagaderos en un lapso de 14 días a partir del último pago de beneficios por discapacidad temporal o después de que su médico haya indicado que existe una discapacidad permanente. El beneficio es pagadero cada 14 días. Los beneficios por discapacidad permanente no son pagaderos sino hasta que

haya concluido su reclamación si su empleador le ofrece empleo al terminar los beneficios por discapacidad temporal.

Beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo:

Usted puede tener derecho a un vale no transferible pagadero a una escuela estatal aprobada. Para cumplir con los requisitos, su lesión debe causarle una incapacidad, y además no ser posible que su empleador le ofrezca un trabajo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que reciba el reporte que indique que todas las afecciones han llegado al máximo de la mejoría médica. Si su empleador no le ofrece un empleo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que se determine la máxima mejoría médica, usted puede optar por recibir un vale no transferible para que lo utilice en una escuela acreditada por el estado para que tome cursos de readiestramiento o de reemplazo de destrezas. Si reúne los requisitos para el beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo, su evaluador de reclamaciones le dará un vale de hasta \$6,000.00.

Fondo para el regreso al trabajo

Si su lesión da como resultado una incapacidad permanente y se determina que la cantidad otorgada es desproporcionadamente baja en comparación con su pérdida de ingresos, puede tener derecho a una indemnización adicional. Se ha establecido un fondo para complementar los beneficios por discapacidad permanente en circunstancias específicas. Ese fondo está administrado por la División de Indemnización por Accidentes Laborales. Su evaluador puede ayudarle para que se dirija al recurso correcto para determinar su elegibilidad.

Beneficios por muerte:

Los beneficios por fallecimiento se pagan a los dependientes de un trabajador que muera a consecuencia de una lesión o enfermedad laboral. Este beneficio se calcula y paga de la misma manera que la discapacidad temporal. Se paga a una tarifa mínima de \$224 a la semana. Las tarifas del beneficio por fallecimiento son estipuladas por las leyes estatales y el monto será según el número de dependientes. Si hay niños menores dependientes, los beneficios por fallecimiento son pagaderos por lo menos hasta que el hijo o la hija menor lleguen a la mayoría de edad. Con este beneficio se cubren también los gastos funerarios.

Notifique su lesión.

Informe de inmediato a su supervisor sobre la lesión o al:

CAPS, LLC or Payroll Associates, LLC

Representante del Empleador Teléfono: 310-280-0755

No demore. Hay límites de tiempo. Si espera demasiado tiempo, es posible que pierda el derecho a sus beneficios. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. En un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario de reclamación, su empleador habrá de autorizar que se le proporcione todo

tratamiento que sea congruente con las pautas correspondientes de tratamiento por su supuesta lesión y será responsable hasta por \$10,000 (diez mil dólares) de tratamiento hasta que la reclamación haya sido aceptada o rechazada. Hasta la fecha cuando la reclamación sea aceptada o rechazada, la responsabilidad de tratamiento médico se limitará a \$10,000 (diez mil dólares). Si le rechazan su reclamación, usted tendrá derecho a apelar la decisión en un lapso de un año a partir de la fecha de la lesión.

Discriminación:

Es ilegal que su empleador lo castigue o lo despida por tener una lesión o enfermedad laboral, por presentar una reclamación o por declarar en el caso de indemnización por accidentes laborales de otra persona. Si se comprueba, usted puede recibir el salario que haya perdido, una reincorporación a su empleo, mayores beneficios y las costas y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, consulte a su empleador o al evaluador de reclamaciones correspondiente que se encargue de las reclamaciones de indemnización por accidentes laborales.

Administrador de Reclamaciones:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Dirección: P.O. Box 14440

Ciudad: Lexington Estado: KY C.P.: 40512-4440

Teléfono: 951-275-5400

El empleador está asegurado para indemnización por accidentes laborales con: **The Insurance Company of the state of Pennsylvania**

¿Cómo encuentro información acerca de la aseguradora actual de mi empleador para la indemnización por accidentes laborales?

Para tener información sobre la aseguradora de su empleador para la indemnización por accidentes laborales, visite el siguiente sitio Web:

<https://www.caworkcompcoverage.com>

Si la póliza de indemnización por accidentes laborales ha caducado, comuníquese con un Comisionado del Trabajo en la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales; el número se puede encontrar en las Páginas Blancas locales, en Gobierno del Estado de California, Departamento de Relaciones Industriales.

Podrá obtener información gratuita con un funcionario de Información y Asistencia de la División Estatal de Indemnización al Trabajador.

El funcionario de Información y Asistencia más cercano se encuentra en:

<http://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html>

Llame al **(800) 736-7401**, escuche la información grabada y una lista de oficinas locales. Entérese de más en línea: www.dir.ca.gov.

Reclamaciones falsas y negativas falsas.

Toda persona que deliberadamente haga o provoque que se hagan declaraciones materiales falsas o fraudulentas con el propósito de obtener o de que se rechace una indemnización por accidentes laborales o pagos, será culpable de un delito grave y podrá ser multada y encarcelada.

Su patrón puede no ser responsable de pagar la indemnización por accidentes laborales que sean consecuencia de que usted participe voluntariamente en alguna actividad fuera de su horario de trabajo en actividades recreativas, sociales o atléticas que no formen parte de sus deberes laborales.

DESIGNACIÓN PREVIA DE UN MÉDICO PARTICULAR

En caso de que usted sufra una lesión o enfermedad laboral, puede ser tratado por su médico particular o por su médico osteópata si:

- Usted debe tener la cobertura de salud de grupo para las lesiones no industriales o enfermedades de cualquier origen;
- El médico es su médico particular, el cual debe ser doctor en medicina y haya limitado su práctica a la medicina general o que sea internista certificado por el Consejo Médico o prospecto para dicha especialidad, o pediatra, ginecólogo-obstetra o médico familiar y que anteriormente haya estado a cargo de su tratamiento médico y tenga en su haber sus registros médicos
- Su "médico particular" puede ser un grupo médico si se trata de una sola sociedad o una asociación formada por doctores en medicina u osteopatía con licencia, la cual opere un grupo médico integrado con varias especialidades y ofrezca servicios médicos integrales predominantemente para lesiones y enfermedades no laborales
- Antes de la lesión, su médico está de acuerdo en tratarlo por lesiones o enfermedades laborales
- Antes de la lesión, usted entregó por escrito lo siguiente a su empleador: (1) notificación de que desea que su médico particular lo trate por una lesión o enfermedad laboral y (2) el nombre y la dirección del consultorio de su médico particular.

Deberá usar este formulario para avisar a su empleador si desea que su propio médico o su doctor en osteopatía le den tratamiento debido a una lesión o enfermedad laboral y si se reúnen los requisitos anteriores.

NOTIFICACIÓN DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

Empleado: Llene esta sección.

PARA: CAPS, LLC & Payroll Associates, LLC. Si tengo una lesión o enfermedad laboral, opto por ser tratado por:

(Nombre del doctor) (en medicina u osteopatía)

(dirección, ciudad, estado, Código Postal)

(teléfono)

Nombre del empleado (**en letra de imprenta**): _____

Dirección del empleado: _____

Firma del empleado _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta designación previa:

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico o empleado designado del médico)

Según el Título 8 del Código de Normatividad de California, artículo 9780.1(a)(3), no se requiere que el médico firme este formulario, sin embargo, si el médico o empleado designado del médico no lo firma, se requerirá otra documentación que avale que el médico acepta ser designado.

FORMULARIO DWC 9783 (1 de marzo de 2007)

Empleado MPN Aplicación de notificación

“A menos que usted haya designado previamente a un médico o grupo médico, las nuevas lesiones laborales que se presenten el 02/14/2014 o posteriormente serán tratadas por los proveedores de la red de atención médica Sedgwick CMS Extended MPN. Si usted tiene una lesión, es posible que se requiera que cambie a un médico de la nueva Red de Proveedores de Atención Médica. Consulte a su perito de seguros. En el cartel sobre indemnización por accidentes laborales puede obtener más información sobre la Red de Proveedores de Atención Médica o con su empleador.”



Sedgwick CMS

**Sedgwick CMS
California Workers' Compensation
Medical Provider Network
Employee Notification & Guide**

We are pleased to introduce the California workers' compensation medical provider network (MPN) developed by Sedgwick Claims Management Services, Inc. The goal of the MPN is to help ensure that injured employees receive high quality, appropriate medical care that focuses on returning the individual to a productive lifestyle as quickly as medically appropriate. The following information is designed to explain the MPN, as well as your participation in the event of a work-related injury or accident.

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer, CAPS, LLC & Payroll Associates, LLC, has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called:

Sedgwick CMS Extended Medical Provider Network

This MPN is administered by Sedgwick CMS. Your employer, CAPS, LLC and Payroll Associates, LLC, workers' compensation carrier is:

The Insurance Company of the State of Pennsylvania

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

It is very important that you read this material carefully. If you have any questions, contact your supervisor or your Sedgwick CMS claims examiner.

Employee's Rights & Responsibilities

You have the responsibility to:

- Report promptly any work related injury or sickness to your supervisor.
- Be cooperative and courteous with the Medical Care Coordinator, Primary Care Physician, Specialist Physician, Nurse Case Manager and Claims Examiner.
- Ensure all treatment is received from the Medical Provider Network, except in cases of emergency or other allowable circumstances.
- Keep all appointments.
- Return to work as soon as your doctor says you can.

You have the right to:

- Prompt, quality medical care for your workplace injury.
- Be treated courteously by your Medical Care Coordinator, Primary Care Physician, Specialist Physician, Nurse Case Manager and Claims Examiner.
- Select a physician of your choice from within the MPN at any point in time after the initial medical evaluation with an MPN physician.
- Request a second medical opinion if you dispute the diagnosis or treatment plan.
- Request a third medical opinion if you are not in agreement with the Second Medical opinion.
- Request an Independent Medical Review from the Administrative Director if you are not satisfied with the third medical opinion.
- Have all questions related to your medical care and claim answered in a manner you understand.

Commonly Asked Questions

What services does the MPN offer?

All diagnosis and treatment of injuries or illnesses for covered employees will occur with physicians and other designated providers within the MPN. Providers within the MPN will follow all applicable medical treatment guidelines and will allow covered employees a choice of providers in the network after the first visit. The MPN will also offer an opportunity for second and third opinions if you disagree with the diagnosis or treatment offered by the treating physician. Any ancillary services needed to augment the diagnosis and treatment of injuries/illnesses will be obtained through contract service providers for Sedgwick CMS as designated in the MPN plan.

What do I need to do if I am injured, or become ill, as a result of my job?

As with any work-related accident or illness, the first thing you should do is notify your supervisor. Your supervisor is prepared to help with the initial notification of injury and the selection of an MPN physician.

What if my employer disputes my injury?

You may be entitled to receive treatment even if your employer initially disputes your injury. Until the date the claim is rejected, the employer's liability for the claim shall be limited to ten thousand dollars, but this does not guarantee that you will receive medical care up to this ten thousand dollar limit. Treatment can continue until the employer makes a decision to deny your claim. This treatment is still within the MPN.

If the injury is minor, do I still have to report it?

Any injury, no matter how small, should be brought to your supervisor's attention immediately. Without proper medical attention, even a simple situation could lead to complications.

Can I treat with my personal physician if I properly pre-designate him or her prior to the injury?

Yes, you may treat with your personal physician outside the MPN if you properly pre-designate him or her prior to the injury. The following must apply:

1. Employer must be notified of the pre-designation in writing prior to the injury.
2. Employer must provide non-occupational group health coverage.
3. Physician is employee's primary care provider, has previously directed medical treatment, and retains the employee's medical records, including history.
4. Physician must agree to be pre-designated.

What should I do in the event of an emergency?

The most important thing is to get immediate medical care from the nearest emergency room. Your physician or a family member may notify your supervisor of the situation. Your supervisor will then work with you and your physician to get you into the MPN.

How do I access an MPN physician?

You may access the Medical Provider Network by following the steps below:

1. Go to www.coventrywcs.com
2. Select Client Log In and Tools
3. Select the radial button for FOCUS/Coventry Login (GeoAccess Channeling Tools)
4. On the client ID screen, key in
 - a. Sedgwickkaisercampn for the Sedgwick CMS Extended MPN with Kaiser physicians or

Please follow the screen prompts to find providers in your geographical area. Once you choose a physician within the MPN, please call the physician and advise him or her of your personal information, employer name, claim number, and that Sedgwick CMS is the third party administrator for the employer or insurance company. For additional assistance, you may call your claims examiner or the Sedgwick CMS MPN Coordinator at 800-625-6588.

If you do not have access to the internet, you may obtain a list of providers by asking your supervisor or contacting the MPN coordinator at (800) 625-6588.

How do I obtain initial or subsequent medical care?

In the event of a work-related injury, follow the company procedure for reporting it by notifying your supervisor. Once you report the incident, your supervisor will direct you to a physician for an initial evaluation. After this evaluation, you have the right to remain with this provider or select a treating physician within the MPN. As a patient in the MPN, you have the right to see a doctor close to your home or workplace. If you have to travel more than 15 miles or 30 minutes to see your treating doctor or 30 miles or 60 minutes to see a specialist, you should tell your MPN contact. If you live in a rural area, treatment will be available and accessible at reasonable times to all covered employees with a residence or work place beyond 30 miles of a MPN health facility from an out-of-network, non-contracted provider. If you are temporarily living outside the service area or you are a former employee who permanently resides outside the MPN geographical service area, you may access a provider for non-emergency medical care by going to www.coventrywcs.com. You may also contact your claims examiner for assistance. If you are unable to find a provider on this website, you may select a provider of your choice.

Can I change providers?

Yes, you have the right to change your doctor if you are not satisfied; however, medical treatment must be provided inside the MPN.

What do I do if I experience trouble obtaining an appointment within the MPN?

Please contact your claims examiner if you experience difficulty in scheduling an appointment or obtaining treatment with a provider within the MPN. You may also call the MPN Coordinator at (800) 625-6588 for assistance.

What if I need to see a specialist?

If your treating physician cannot provide you the care needed for recovery, he or she will refer you to an MPN specialist that is appropriate for your injury. To obtain information about seeing a specialist in your geographic area, please contact your claims examiner or the MPN coordinator at (800) 625-6588. You may also access the list of specialists by following the instructions under "[How do I access an MPN physician?](#)" You have the option of self-selecting a specialist.

If I'm hurt or become ill while traveling on business, what do I do?

Should you require medical treatment for a work-related accident or illness while outside of the service area, DO NOT delay treatment until returning home. Your health and welfare are the most important issues and should not be taken lightly. You may find physicians in other states at www.coventrywcs.com.

For a non-emergency situation

If your medical situation is not of an emergency nature, please call your supervisor immediately to discuss the situation. He or she may direct you to an MPN physician near where you are traveling. You will then receive immediate treatment from that physician, and may be referred to another, more convenient network physician when you return home.

For an emergency situation

Naturally, you are not expected to contact your supervisor prior to receiving medical treatment in an emergency situation. Emergency is defined as a condition manifesting itself by acute symptoms or sufficient severity such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to place the patient's health in serious jeopardy. Once you've received the emergency medical care required, you (or a family member) should contact your supervisor. Your supervisor will then contact your claims examiner, who will work with the treating doctor. This coordination will continue when you return home.

What if I have a concern with my physician?

Your input is very important. You may voice a concern by calling your claims examiner or nurse case manager. They will work with you to resolve your issue with the physician. You may also contact the MPN coordinator at (800) 625-6588. Remember, as mentioned before, you have the right to change physicians within the MPN.

What if I disagree with the treatment decision made by my physician or I want to change doctors?

If you dispute either the diagnosis or the treatment prescribed by the treating physician, you may obtain a second and, if necessary, a third opinion from physicians within the MPN. During this process, you may treat with your treating physician or with a physician of your choice within the MPN network. [Please refer to "How do I access an MPN physician?"](#).

Second Opinion

If you dispute either the diagnosis or the treatment prescribed by the treating physician, you may obtain a second and third opinion from a physician within the MPN. It is your responsibility to:

- (1) inform the claims examiner or nurse case manager orally or in writing that you dispute the treating physician's opinion and request a second opinion;
- (2) select a physician or specialist from a list of available MPN providers;
- (3) make an appointment with the second opinion physician within 60 days and indicate whether a physical examination is requested; and
- (4) inform your claims examiner of the appointment date.

It is the claims examiner's responsibility to:

- (1) provide a regional area listing of MPN providers and/or specialists to you based on the specialty or recognized expertise in treating the particular injury or condition in question;
- (2) inform you of your right to request a copy of the medical records that will be sent to the second opinion physician;
- (3) contact the treating physician and provide a copy of the medical records or send the necessary medical records to the second opinion physician prior to the appointment date;
- (4) provide you with a copy of the records;
- (5) notify the second opinion physician in writing that he or she has been selected to provide a second opinion and inform him/her of the nature of the dispute.

If the appointment is not made within 60 days of receipt of the list of the available MPN providers, then you will be deemed to have waived the second opinion process with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If, after reviewing your medical records, the second opinion physician determines your injury is outside the scope of his or her practice, the physician shall notify the claims examiner so that a new list of MPN providers and/or specialists can be sent to you based on the specialty or recognized expertise in treating the particular injury or condition in question.

Third Opinion

If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by the second opinion physician, you may seek the opinion of a third physician within the MPN. It is your responsibility to:

- (1) inform the claims examiner or nurse case manager orally or in writing that you dispute the treating physician's opinion and request a third opinion;
- (2) select a physician or specialist from a list of available MPN providers;
- (3) make an appointment with the third opinion physician within 60 days and indicate whether a physical examination is requested; and
- (4) inform your claims examiner of the appointment date

It is the claims examiner's responsibility to:

- (1) provide a regional area listing of MPN providers and/or specialists to the employee for his or her selection based on the specialty or recognized expertise in treating the particular injury or condition in question;
- (2) inform you of your right to request a copy of the medical records that will be sent to the third opinion physician
- (3) contact the treating physician and provide a copy of the medical records or send the necessary medical records to the third opinion physician prior to the appointment date;
- (4) provide you with a copy of the records;
- (5) notify the third opinion physician in writing that he or she has been selected to provide a third opinion and the nature of the dispute.

If the appointment is not made within 60 days of receipt of the list of the available MPN providers, then you will be deemed to have waived the third opinion process with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If, after reviewing the covered employee's medical records, the third opinion physician determines that your injury is outside the scope of his or her practice, the physician shall notify the claims examiner so that a new list of MPN providers and/or specialists can be sent to you based on the specialty or recognized expertise in treating the particular injury or condition in question.

The second and third opinion physicians shall render their opinions of the disputed diagnosis or treatment in writing and offer alternative diagnosis or treatment recommendations, if applicable. Any recommended treatment shall be in accordance with Labor Code section 4616(e). The second and third opinion physicians may order

diagnostic testing if medically necessary. A copy of the written report shall be provided to the employee, the person designated by us, and your treating physician within 20 days of the date of the appointment or receipt of the results of the diagnostic tests, whichever is later.

What if I disagree with the third opinion physician?

If you disagree with the third opinion physician, you may make a request for an Independent Medical Review by filing an Application for Independent Medical Review with the Administrative Director. If the third opinion you have requested resolves your dispute, there is no need to request an independent medical review. Your claims examiner will provide detailed information about how to request an Independent Medical Review if you request a third opinion. Please see the section below that describes the process in detail.

How to obtain an Independent Medical Review?

If you dispute the diagnostic service, diagnosis, or medical treatment prescribed by the second opinion physician, you may seek the opinion of a third physician in the MPN. You and the employer or insurer shall comply with the requirements of section 9767.7(d). Additionally at the time of the selection of the physician for a third opinion, your claims examiner shall notify you about the Independent Medical Review process and provide you with an "Application for Independent Medical Review" set forth in section 9768.10. The claims examiner (MPN contact) must fill out the "MPN contact section" of the form and list the specialty of the treating physician and an alternative specialty, if any, that is different from the specialty of the treating physician.

If you dispute the diagnostic service, diagnosis or medical treatment prescribed by the third opinion physician, you may request an Independent Medical Review by filing the aforementioned completed application with the Administrative Director. You must complete the "employee section" of the form, indicate on the form whether you request an in-person examination or record review, and may list an alternative specialty, if any, that is different from the specialty of the treating physician.

The Administrative Director shall select an IMR with an appropriate specialty within ten business days of receiving the Application for Independent Medical Review form. The Administrative Director's selection of the IMR shall be based on the specialty of the treating physician, the alternative specialties listed by you and the claims examiner, and the information submitted with the application.

If you request an in-person examination, the Administrative Director shall randomly select from the list of available independent medical reviewers, a physician with an appropriate specialty and an office located within thirty miles of your residence address. If there is only one physician with an appropriate specialty within thirty miles of your residence 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 address, the Administrative Director shall search in increasing five mile increments, until a 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 shall 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 shall send written notification of the name and contact information of the IMR to you, your attorney (if applicable), the claims examiner and the IMR. The Administrative Director shall send a copy of the completed Application for Independent Medical Review to the IMR.

You, the claims examiner, 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 he or she does not practice the appropriate specialty, the IMR shall withdraw within 10 calendar days of receipt of the notification of selection. If a conflict of interest is verified or the IMR withdraws, the Administrative Director shall select another IMR with 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 discussed above for an in-person examination and for a record review.

If you request an in-person exam, within 60 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 60 calendar days of receiving the name of the IMR, then you shall 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 30 calendar days of the request for an appointment, unless all parties agree to a later date. The IMR shall notify the claims examiner of the appointment date.

You must provide written notice to the Administrative Director and the claims examiner if you decide to withdraw the request for an independent medical review.

During this process, you are required to continue your treatment with the treating physician or a physician of your choice within the MPN pursuant to section 9767.6.

Who should I contact if I have questions regarding the MPN?

Please contact your claims examiner if you have questions regarding the MPN. You may also contact the MPN Coordinator at (800) 625-6588. If you have trouble getting an appointment or appropriate medical care, your claims examiner will assist you until the issue is resolved.

What if I feel I need help from the Administrative Director?

You may contact your local Information and Assistance Officer at your local Workers' Compensation Appeals Board. Your claims examiner will give you the telephone number of the officer nearest you.

What is Continuity of Care?

Continuity of Care is the procedure that describes how Applicant will provide medical treatment in event your physician is no longer a member of the MPN. Continuity of care is explained in the attached Continuity of Care Policy.

What is Transfer of Care and how does it work?

Transfer of Care is the procedure that describes how Applicant will transfer your ongoing treatment for an existing workers' compensation injury requiring medical treatment into the MPN for further medical care. Transfer of care is explained in the attached Transfer of Care Policy.

Continuity of Care Policy

Policy: Applicant will provide all employees entering the workers' compensation system with notice of its written continuity of care policy and with information regarding the process for an employee to request a review under the policy. Applicant will also provide, upon request, a copy of the written policy to any employee.

Procedure:

1. Completion of treatment by a terminated medical provider.

Applicant will, at the request of an injured employee, provide the completion of treatment as set forth in this exhibit by a terminated medical provider.

- a) The treatment being provided by a medical provider whose membership in the MPN terminates will be provided by a terminated medical provider to an injured employee who, at the time of the contract's termination, was receiving services from that provider for one of the conditions described in paragraph 1.b) below.
- b) Applicant will provide for the completion of treatment for the following conditions subject to coverage through the workers' compensation system before transferring further medical treatment to a physician in the MPN. At that time, the employee will have the same rights to select a new physician or contest the opinion of the primary treating physician as has been previously described:

- (i) An acute condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that

requires prompt medical attention and that has a limited duration. Completion of treatment will be provided for the duration of the acute condition. An acute condition shall have duration of less than ninety days.

- (ii) A serious chronic condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over an extended period of time or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment will be provided for a period of time necessary to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another provider, as determined by Applicant in consultation with the injured employee and the terminated medical provider and consistent with good professional practice. Completion of treatment under this paragraph will not exceed 12 months from the contract termination date. An "extended period of time" with regard to a serious and chronic condition means a duration of at least ninety days.
- (iii) A terminal illness. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. There will be no transfer of care in such circumstances, and completion of treatment will be provided for the duration of a terminal illness.
- (iv) Surgery or other procedure. Performance of surgery or other procedure that is authorized by the Employer/Insurer 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.

2. **Contractual terms and conditions.** Applicant may require the terminated medical provider whose services are continued beyond the contract termination date pursuant to this section, to agree in writing to be subject to the same contractual terms and conditions that were imposed upon the provider prior to termination. If the terminated medical provider does not agree to comply or upon agreement does not comply with these contractual terms and conditions, then Applicant is not required to continue the provider's services beyond the contract termination date.
3. **Compensation.** Unless otherwise agreed by the terminated medical provider and Applicant, the services rendered pursuant to this section will be compensated at rates and methods of payment similar to those used by Applicant for currently contracted providers providing similar services who are practicing in the same or a similar geographic area as the terminated medical provider. Applicant is not required to continue the services of a terminated medical provider if the provider does not accept the payment rates provided for in this paragraph.

4. **Termination for medical disciplinary cause or reason.** This policy will not require Applicant to provide for completion of treatment by a provider whose contract with Applicant has been terminated or not renewed for reasons relating to a medical disciplinary cause or reason, as defined in paragraph (6) of subdivision (a) of *Section 805 of the Business and Profession Code*, or fraud or other criminal activity.
5. **Continuity of care beyond requirements.** Nothing in this exhibit will preclude Applicant from providing continuity of care beyond the requirements of this exhibit.
6. **Dispute resolution process.**
 - a) Following Applicant's determination of the injured covered employee's medical condition, Applicant shall notify the covered employee of the determination regarding the completion of treatment and whether or not the employee will be required to select a new provider from within the MPN. The notification shall be sent to the covered employee's residence and a copy of the letter shall be sent to the covered employee's primary treating physician. The notification shall be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.
 - b) If the terminated provider agrees to continue treating the injured covered employee in accordance with Labor Code section 4616.2 and if the injured covered employee disputes the medical determination, the injured covered employee shall request a report from the covered employee's primary treating physician that addresses whether the covered employee falls within any of the conditions set forth in Labor Code section 4616.2(d)(3): an acute condition; a serious chronic condition; a terminal illness; or a performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date. The treating physician shall provide the report to the covered employee within twenty calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the report, then the determination made by Applicant referred to in 6.a) shall apply.
 - c) If Applicant or injured covered employee objects to the medical determination by the treating physician, the dispute regarding the medical determination made by the treating physician concerning the continuity of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062.
 - d) If the treating physician agrees with Applicant's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in Labor Code section 4616.2(d) (3), then the

employee shall choose a new provider from within the MPN during the dispute resolution process.

- e) If the treating physician does not agree with Applicant's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in Labor Code section 4616.2(d) (3), the injured covered employee shall continue to treat with the terminated provider until the dispute is resolved.

- 7. **Replacement of continuity of care policy.** Applicant will file a revision of the continuity of care policy with the Administrative Director if it makes a material change to this policy.

Transfer of Ongoing Care Policy

Policy: Applicant will provide for the completion of treatment for injured covered employees who are being treated outside of the Medical Provider Network (MPN) for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN.

Procedure:

- A. If the injured covered employee's injury or illness does not meet the conditions set forth in E.(1) through E.(4) below, the injured covered employee may be transferred into the MPN for medical treatment.
- B. Until the injured covered employee is transferred into the MPN, the employee's physician may make referrals to providers within or outside the MPN.
- C. Nothing in this section shall preclude Applicant, an insurer, or employer from agreeing to provide medical care with providers outside of the MPN.
- D. If an injured covered employee is being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to coverage of a medical provider network, and the injured covered employee's physician or provider becomes a provider within the MPN that applies to the injured covered employee, then Applicant shall inform the injured covered employee and his or her physician or provider if his/her treatment is being provided by his/her physician or provider under the provisions of the MPN.
- E. Applicant shall authorize the completion of treatment for injured covered employees who are being treated outside of the MPN for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN and whose treating physician is not a provider within the MPN, including injured covered employees who pre-designated a physician and do not fall within the Labor Code section 4600(d), for the following conditions:

- (1) An acute condition. For purposes of this subdivision, an acute condition is a medical

condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has duration of less than 90 days. Completion of treatment shall be provided for the duration of the acute condition.

- (2) A serious chronic condition. For purposes of this subdivision, a serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, catastrophic injury, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over 90 days and requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment shall be authorized for a period of time necessary, up to one year: (A) necessary to complete a course of treatment approved by the employer or insurer, and (B) to arrange for transfer to another provider within the MPN, as determined by the insurer or employer. The one year period for completion of treatment starts from the date of the injured covered employee's receipt of the notification, as required by subdivision F., of the determination that the employee has a serious chronic condition.

- (3) A terminal illness. For purposes of this subdivision, a terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment shall be provided for the duration of a terminal illness.

- (4) Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days from the MPN coverage effective date.

- F. If the employer or insurer decides to transfer the covered employee's medical care to the medical provider network, Applicant shall notify the covered employee of the determination regarding the completion of treatment and the decision to transfer medical care into the medical provider network. The notification shall be sent to the covered employee's residence and a copy of the letter shall be sent to the covered employee's primary treating physician. The notification shall be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.

- G. If the injured covered employee disputes the medical determination under this section, the injured covered employee shall request a report from the covered employee's primary treating physician that addresses whether the covered employee falls within any of the conditions set forth in subdivisions E.(1) through E.(4) above. The treating physician shall provide the report to the covered employee within twenty calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the

report, then the determination made by the Applicant referred to in F. shall apply.

- H. If Applicant or the injured covered employee objects to the medical determination by the treating physician, the dispute regarding the medical determination made by the treating physician concerning the transfer of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062.
- I. If the treating physician agrees with Applicant's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in subdivisions E.(1) through E.(4) above, the transfer of care shall go forward during the dispute resolution process.
- J. If the treating physician does not agree with the MPN applicant's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in subdivisions E.(1) through E.(4), the transfer of care shall not go forward until the dispute is resolved.



Sedgwick CMS

**Sedgwick CMS
Indemnizaciones Laborales en California
Red de Proveedores Médicos
Notificación a los Empleados y Guía**

Nos complace introducir la red de proveedores médicos (MPN) para compensación al trabajador en California desarrollada por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Servicios para el manejo de reclamos Sedgwick, Inc.). La meta de la MPN es asistir para asegurar que los trabajadores lesionados reciban los cuidados médicos apropiados y de alta calidad enfocado en que el individuo vuelva a un estilo de vida productivo tan pronto como sea apropiado en términos médicos. La siguiente información se ha desarrollado tanto para explicar la MPN como para la participación de usted en caso de que haya algún accidente o lesión relacionada al trabajo.

Las leyes de California requieren que su empleador proporcione y pague el tratamiento médico si usted se lesionó en el trabajo. Su empleador, CAPS, LLC and Payroll Associates, LLC, ha elegido proporcionar este cuidado médico usando una red de médicos de Compensación para los Empleados llamada:

Sedgwick CMS Extended Medical Provider Network (Red de Proveedores Médicos de Sedgwick CMS)

Esta MPN está administrada por Sedgwick CMS. Su empleador, CAPS, LLC and Payroll Associates, LLC, portador de la compensación para los trabajadores es:

The Insurance Company of the State of Pennsylvania

Esta notificación le dice lo que necesita saber sobre el programa de la MPN y describe sus derechos al elegir el cuidado médico para lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Es muy importante que usted lea esta información cuidadosamente. Si tiene algunas preguntas, comuníquese con su supervisor o con su examinador del reclamo de Sedgwick CMS.

Derechos y Responsabilidades de los Empleados

Usted es responsable de:

- Informar con prontitud a su supervisor(a) sobre cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
- Cooperar y ser cortés con el Coordinador de Atención Médica, el Médico de Atención Primaria, el Médico Especialista, el Enfermero o Enfermera Gerente del Caso y el Examinador o Examinadora de Reclamaciones.
- Asegurar que todo el tratamiento sea recibido de la Red de Proveedores Médicos, excepto en casos de emergencia o en otras circunstancias permisibles.
- Cumplir todas las citas.
- Regresar a trabajar tan pronto como su médico dictamine que puede hacerlo.

Usted tiene derecho a:

- Atención médica pronta y de calidad para su lesión en el lugar de trabajo.
- Ser tratado(a) cortésmente por su Coordinador de Atención Médica, Médico de Atención Primaria, Médico Especialista, Enfermero o Enfermera Gerente del Caso y el Examinador o Examinadora de Reclamaciones.
- Elegir el médico que desee dentro de la MPN en cualquier momento después de la evaluación médica inicial con un médico de la MPN.
- Solicitar una segunda opinión médica si usted no comparte el diagnóstico o plan de tratamiento.
- Solicitar una tercera opinión médica si no está de acuerdo con la Segunda Opinión Médica.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente por parte del Director Administrativo si no está satisfecho(a) con la tercera opinión médica.
- Que le sean respondidas todas sus preguntas relacionadas con la atención médica y la reclamación de manera tal que usted lo entienda.

Preguntas Frecuentes

¿Qué servicios ofrece la MPN?

Todos los diagnósticos y tratamientos de la lesiones o enfermedades para los empleados cubiertos serán realizados por los médicos y demás proveedores designados dentro de la MPN. Los proveedores dentro de la MPN seguirán todas las pautas de tratamiento médico aplicables y le permitirán a los empleados cubiertos elegir dentro de los proveedores de la red después de la primera cita. La MPN también ofrecerá oportunidades para una segunda y tercera opiniones si usted está en desacuerdo con el diagnóstico o el tratamiento ofrecido por el médico tratante. Cualquier servicio auxiliar requerido para aumentar el diagnóstico y tratamiento de lesiones o enfermedades será obtenido a través de proveedores de servicios contratados para Sedgwick CMS según lo designado en el plan de la MPN.

¿Qué debo hacer si sufro una lesión, o me enfermo, como resultado de mi trabajo?

Como sucede con cualquier accidente o enfermedad laboral, la primera cosa que usted debe hacer es notificar a su supervisor(a). Su supervisor(a) está preparado(a) para ayudar con la notificación inicial de la lesión y la selección de un médico de la MPN.

¿Qué pasa si mi empleador controvierte mi lesión?

Usted puede tener derecho a recibir tratamiento incluso si su empleador inicialmente controvierte su lesión. Hasta la fecha en que la reclamación sea rechazada, la responsabilidad del empleador por la reclamación se limitará a diez mil dólares, pero esto no garantiza que usted recibirá atención médica hasta por este límite de diez mil dólares. El tratamiento puede continuar hasta que el empleador tome la decisión de denegar su reclamación. Este tratamiento debe hacerse en todo caso dentro de la MPN.

¿Si la lesión es menor, debo reportarla en todo caso?

Toda lesión, sin importar que tan leve sea, debe ser puesta en conocimiento de su supervisor(a) inmediatamente. Sin la atención médica apropiada, incluso una situación sencilla puede dar lugar a complicaciones.

¿Puedo recibir tratamiento de mi médico personal si lo(a) he predesignado antes de la lesión?

Si, usted puede recibir tratamiento de su médico personal por fuera de la MPN si usted lo(a) predesigna de manera apropiada antes de la lesión. Lo siguiente debe aplicar:

1. El Empleador debe ser notificado sobre la designación previa antes de la lesión.
2. El Empleador debe suministrar cobertura grupal de salud no ocupacional.
3. El médico es el proveedor de atención primaria del empleado, ha dirigido tratamientos médicos anteriormente, y conserva los

registros médicos del empleado, incluido su historial.

4. El médico debe estar de acuerdo para ser predesignado.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

Lo más importante es obtener atención médica inmediata en la sala de emergencias más cercana. Su médico o un miembro de la familia puede notificar a su supervisor(a) sobre la situación. Su supervisor(a) trabajará con usted y con su médico para que usted ingrese a la MPN.

¿Cómo puedo acceder a un médico de la MPN?

Usted puede acceder a la Red de Proveedores Médicos (MPN) siguiendo los pasos descritos a continuación:

1. Ingrese a www.coventrywcs.com
2. Seleccione Client Log In y Tools
3. Seleccione el botón radial para FOCUS/Conventry Login (GeoAccess Channeling Tools)
4. En la pantalla de identificación del cliente, escriba:
 - a. Sedgwickkaisercampn para la Red de Proveedores de Atención Médica Extendida de Sedgwick CMS con los médicos de Kaiser

Siga las instrucciones que aparecerán en la pantalla para encontrar proveedores en su área geográfica. Cuando haya elegido un médico dentro de la MPN, llame al médico y suminístrele su información personal, nombre del empleador, número de reclamación, y que Sedgwick CMS es el tercero administrador del empleador o la compañía de seguros. Para obtener asistencia adicional, puede llamar a su examinador(a) de reclamaciones o al Coordinador de la MPN de Sedgwick CMS al 800-625-6588.

Si no tiene acceso a internet, puede obtener una lista de proveedores solicitándola a su supervisor(a) o poniéndose en contacto con el coordinador de la MPN en el (800) 625-6588.

¿Cómo obtengo atención médica inicial o subsiguiente?

En caso de una lesión relacionada con el trabajo, siga el procedimiento de la compañía para reportarla notificándola a su supervisor(a). Una vez haya reportado el incidente, su supervisor(a) lo(a) dirigirá a un médico para una evaluación inicial. Luego de esta evaluación, usted tiene derecho a permanecer con este proveedor o seleccionar un médico tratante dentro de la MPN. Como paciente en la MPN, usted tiene el derecho de visitar un médico cerca de su hogar o lugar de trabajo. Si tiene que viajar más de 15 millas o 30 minutos para ver a su médico tratante o 30 millas o 60 minutos para ver un especialista, debe informarlo a su contacto de la MPN. Si vive en un área rural, se ofrecerá tratamiento disponible y asequible en tiempos razonables para todos los empleados cubiertos con residencia o lugar de trabajo a más de 30 millas de una instalación de salud de la MPN a través de un proveedor no contratado de fuera de la red. Si usted está viviendo temporalmente a fuera del área de servicio o si usted es un ex-empleado que reside

permanentemente fuera del MPN área geográfica de servicio, usted puede solicitar un proveedor médico de servicios regulares (no emergencia). Por favor entre a la página de Internet www.coventrywcs.com. Usted también puede comunicarse con su representante de su reclamo para asistencia. Si usted no ha podido encontrar a un proveedor de servicios médicos en esta página del Internet, usted puede solicitar un proveedor/médico de su opción.

¿Puedo cambiar de proveedores?

Sí, usted tiene derecho de cambiar su médico si no está satisfecho(a); sin embargo, el tratamiento médico debe ser prestado dentro de la MPN.

¿Qué hago si tengo problemas para obtener una cita dentro de la MPN?

Le agradecemos ponerse en contacto con su examinador(a) de reclamaciones si enfrenta dificultades para programar una cita u obtener tratamiento con un proveedor dentro de la MPN. También puede llamar al Coordinador de la MPN al (800) 625-6588 para solicitar asistencia.

¿Qué hago si necesito acudir donde un(a) especialista?

Si su médico tratante no puede prestarle la atención necesaria para su recuperación, él o ella lo(a) remitirán a un(a) especialista de la MPN apropiado(a) para su lesión. Para obtener información sobre cómo acudir a un especialista en su área geográfica, póngase en contacto con su examinador(a) de reclamaciones o el coordinador de la MPN al (800) 625-6588. También puede tener acceso al listado de especialistas siguiendo las instrucciones bajo "[¿Cómo puedo acceder a un médico de la MPN?](#)" ("[How do I access an MPN physician](#)"). Usted mismo(a) tiene la opción de seleccionar un(a) especialista.

¿Si sufro una lesión o me enfermo mientras estoy en viaje de trabajo, qué debo hacer?

En caso de requerir tratamiento médico por un accidente o enfermedad relacionados con el trabajo mientras se encuentra fuera del área de servicio, NO retrase el tratamiento hasta regresar a casa. Su salud y bienestar son lo más importante y no deben tomarse a la ligera. Usted puede encontrar médicos en otros estados en www.coventrywcs.com.

Para una situación que no sea de emergencia

Si su situación médica no tiene el carácter de emergencia, llame a su supervisor(a) inmediatamente para comentarle la situación. Él o ella puede dirigirle a un médico de la MPN que esté cerca de donde usted está viajando. Usted luego recibirá tratamiento inmediato de dicho médico, y puede ser remitido(a) a otro médico de la red que le resulte más conveniente cuando regrese a casa.

Para una situación de emergencia

Naturalmente, no se espera que usted se ponga en contacto con su supervisor(a) antes de recibir tratamiento médico en una situación de emergencia. Las emergencias son definidas como enfermedades que se manifiestan mediante síntomas agudos o con la suficiente gravedad como para esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pueda poner en serio peligro la salud del paciente. Cuando usted haya recibido la atención médica de emergencia requerida, usted (o un miembro de su familia) debe ponerse en contacto con su supervisor(a). Su supervisor(a) se pondrá entonces en contacto con su examinador(a) de reclamaciones, quien trabajará con el médico tratante. Esta coordinación continuará cuando usted regrese a casa.

¿Qué pasa si tengo alguna inquietud con respecto a mi médico?

Sus opiniones son muy importantes. Usted puede manifestar su inquietud llamando a su examinador(a) de reclamaciones o enfermero(a) gerente del caso. Ellos trabajarán con usted para resolver su inquietud con respecto al médico. También puede ponerse en contacto con el coordinador de la MPN al (800) 625-6588. Recuerde, como se mencionó antes, que usted tiene derecho de cambiar de médico dentro de la MPN.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de tratamiento tomada por mi médico o si deseo cambiar de médico?

Si usted controvierte o bien el diagnóstico o bien el tratamiento recetado por el médico tratante, puede obtener una segunda y, de ser necesario, una tercera opinión de médicos dentro de la MPN. Durante este proceso, usted puede tratar con su médico tratante o con un médico de su elección dentro de la red de la MPN. [Le agradecemos remitirse a "¿Cómo puedo acceder a un médico de la MPN?" \("How do I access an MPN physician?"\)](#).

Segunda Opinión

Si usted controvierte o bien el diagnóstico o bien el tratamiento recetado por el médico tratante, puede obtener una segunda y una tercera opinión de un médico dentro de la MPN. Usted se hace responsable de:

- (1) informar al examinador o examinadora de reclamaciones, verbalmente o por escrito, que usted controvierte la opinión del médico tratante y solicita una segunda opinión;
- (2) seleccionar un(a) médico o especialista de un listado de proveedores disponibles de la MPN;
- (3) programar una cita con el médico que dará la segunda opinión dentro de los siguientes 60 días e indicar si solicita un examen físico; e
- (4) informar la fecha de su cita a su examinador(a) de reclamaciones.

El examinador o examinadora de reclamaciones es responsable de:

- (1) suministrarle a usted un listado de proveedores y/o de especialistas de la MPN del área regional, basado en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión;
- (2) informarle a usted sobre su derecho de solicitar una copia de los registros médicos que serán enviados al médico que dará la segunda opinión;
- (3) ponerse en contacto con el médico tratante y suministrarle una copia de los registros médicos o enviar los registros médicos necesarios al médico que dará la segunda opinión antes de la fecha de la cita;
- (4) suministrarle a usted una copia de los registros;
- (5) notificar por escrito al médico que dará la segunda opinión que él o ella fue elegido(a) para dar una segunda opinión, e informarle acerca de la naturaleza de la controversia.

Si la cita no se hace dentro de los 60 días siguientes al recibo del listado de los proveedores disponibles de la MPN, entonces se considerará que usted ha renunciado al proceso de obtención de una segunda opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido de este médico tratante.

Si, después de repasar sus registros médicos, el médico a cargo de dar la segunda opinión determina que su lesión está fuera del ámbito de su práctica médica, el médico notificará al examinador o examinadora de reclamaciones con el fin de que le puedan enviar a usted un nuevo listado de proveedores y/o especialistas de la MPN con base en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión.

Tercera Opinión

Si usted está en desacuerdo ya sea con el diagnóstico o con el tratamiento recetado por el médico que dio la segunda opinión, puede buscar la opinión de un tercer médico dentro de la MPN. Usted es responsable de:

- (1) informar al examinador o examinadora de reclamaciones o al enfermero(a) gerente del caso, verbalmente o por escrito, que usted controvierte la opinión del médico tratante y que solicita una tercera opinión;
- (2) seleccionar un(a) médico o especialista de un listado de proveedores disponibles de la MPN;
- (3) programar una cita con el médico que dará la tercera opinión dentro de los siguientes 60 días e indicar si solicita un examen físico; e
- (4) informar la fecha de la cita a su examinador(a) de reclamaciones.

El examinador o examinadora de reclamaciones es responsable de:

- (1) suministrarle al empleado un listado de proveedores y/o de especialistas de la MPN del

área regional, basado en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión;

- (2) informarle a usted sobre su derecho de solicitar una copia de los registros médicos que serán enviados al médico que dará la tercera opinión;
- (3) ponerse en contacto con el médico tratante y suministrarle una copia de los registros médicos o enviar los registros médicos necesarios al médico que dará la tercera opinión antes de la fecha de la cita;
- (4) suministrarle a usted una copia de los registros;
- (5) notificar por escrito al médico que dará la tercera opinión que él o ella fue elegido(a) para dar una tercera opinión, e informarle acerca de la naturaleza de la controversia.

Si la cita no se hace dentro de los 60 días siguientes al recibo del listado de los proveedores disponibles de la MPN, entonces se considerará que usted ha renunciado al proceso de obtención de una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido de este médico tratante.

Si, después de repasar los registros médicos del empleado cubierto, el médico a cargo de dar la tercera opinión determina que su lesión está fuera del ámbito de su práctica médica, el médico notificará al examinador o examinadora de reclamaciones con el fin de que le puedan enviar a usted un nuevo listado de proveedores y/o especialistas de la MPN con base en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión.

Los médicos que emitan la segunda y tercera opinión deberán dar su opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido por escrito, y ofrecer recomendaciones alternativas de diagnóstico o de tratamiento, de ser aplicables. Todo tratamiento recomendado deberá estar de conformidad con la sección 4616(e) del Código Laboral. Los médicos que emitan la segunda y tercera opinión pueden ordenar pruebas diagnósticas si médicamente necesario. Una copia del informe escrito debe ser suministrada al empleado(a), a la persona designada por nosotros, y a su médico tratante dentro de los 20 días siguientes a la fecha de la cita o a la fecha de recibo de los resultados de los exámenes diagnósticos, la que sea más tarde.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la opinión del tercer médico?

Si usted no está de acuerdo con el médico que emite la tercera opinión, puede hacer una solicitud de Revisión Médica Independiente presentando una Solicitud de Revisión Médica Independiente ante el Director Administrativo. Si la tercera opinión que usted ha solicitado resuelve su controversia, no hay necesidad de solicitar una revisión médica independiente. Su examinador(a) de reclamaciones le suministrará información detallada acerca de cómo solicitar una Revisión Médica Independiente si usted pide una tercera

opinión. En la sección que sigue se describe el proceso en detalle.

¿Cómo se obtiene una Revisión Médica Independiente?

Si usted controvierte el servicio de diagnóstico, el diagnóstico mismo, o el tratamiento médico recetado por el médico que dio la segunda opinión, puede buscar la opinión de un tercer médico dentro de la MPN. Usted y el empleador o asegurador deben cumplir con los requisitos de la sección 9767.7 (d). Adicionalmente, al momento de la selección de un médico para obtener una tercera opinión, su examinador(a) de reclamaciones deberá notificarle sobre el proceso de Revisión Médica Independiente y suministrarle una "Solicitud de Revisión Médica Independiente" según lo dispuesto en la sección 9768.10. El examinador o examinadora de reclamaciones (contacto de la MPN) debe llenar la "sección de contactos de la MPN" del formulario y listar la especialidad del médico tratante y una especialidad alternativa, si la hubiere, que sea diferente de la especialidad del médico tratante.

Si usted controvierte el servicio de diagnóstico, el diagnóstico mismo o el tratamiento médico recetado por el médico que dio la tercera opinión, puede pedir una Revisión Médica Independiente presentando la solicitud antes mencionada debidamente diligenciada ante el Director Administrativo. Usted debe llenar la "sección del empleado" del formulario, indicar en el mismo si solicita un examen en persona o una revisión de los registros, y puede indicar una especialidad alterna, si la hubiere, que sea diferente a la del médico tratante.

El Director Administrativo seleccionará un Revisor Médico Independiente (IMR por su sigla en inglés) con una especialidad adecuada dentro de los diez días hábiles siguientes al recibo del formulario de Solicitud de Revisión Médica Independiente. La selección del IMR por parte del Director Administrativo se basará en la especialidad del médico tratante, las especialidades alternativas listadas por usted y el o la examinador(a) de reclamaciones, y la información presentada con la solicitud.

Si usted solicita un examen en persona, el Director Administrativo seleccionará aleatoriamente del listado de revisores médicos independientes disponibles, un médico con una especialidad apropiada y un consultorio ubicado dentro de un radio de hasta treinta millas de la dirección de su residencia. Si solo hay un médico con una especialidad apropiada dentro del radio de treinta millas de la dirección de su residencia, dicho médico será seleccionado como revisor médico independiente. Si no hay médicos con la especialidad apropiada que tengan consultorios dentro del radio de treinta millas de su dirección, el Director Administrativo buscará dentro de incrementos progresivos de cinco millas, hasta ubicar un médico. Si no hay médicos disponibles con esta especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad con base en la información presentada.

Si usted solicita una revisión de registros, entonces el Director Administrativo elegirá aleatoriamente un médico con una especialidad apropiada del listado de revisores médicos independientes disponibles para que sea el IMR. Si no hay médicos con una especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad con base en la información presentada.

El Director Administrativo enviará notificación por escrito indicando el nombre y la información de contacto del IMR a usted, su abogado (si aplica), el o la examinador(a) de reclamaciones y el IMR. El Director Administrativo enviará copia de la Solicitud de Revisión Médica Independiente debidamente completada al IMR.

Usted, el examinador(a) de reclamaciones, o el IMR seleccionado pueden objetar la selección del IMR dentro de los 10 días calendario siguientes al recibo del nombre del IMR, si existe un conflicto de intereses según lo definido en la sección 9768.2. Si el IMR determina que él o ella no practica la especialidad apropiada, el o la IMR deberá retirarse dentro de los 10 días calendario siguientes al recibo de la notificación de la selección. Si se verifica la existencia de un conflicto de intereses o el IMR se retira, el Director Administrativo deberá seleccionar otro(a) IMR con la misma especialidad. Si no hay médicos disponibles con la misma especialidad, el Director Administrativo puede seleccionar un(a) IMR con otra especialidad basándose en la información presentada y de conformidad con el procedimiento descrito arriba para un examen en persona y para una revisión de registros.

Si usted solicita un examen en persona, dentro de los 60 días calendario siguientes al recibo del nombre del IMR usted debe ponerse en contacto con el IMR para programar una cita. Si no se pone en contacto con el IMR para pedir una cita dentro de los 60 días calendario siguientes al recibo del nombre del IMR, entonces se considerará que usted ha renunciado al proceso de IMR con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido ordenado por este médico tratante. El IMR programará una cita con usted dentro de los 30 días calendario siguientes a su solicitud de cita, a no ser que todas las partes acuerden una fecha posterior. El IMR le notificará la fecha de la cita al examinador o examinadora de reclamaciones.

Usted debe dar notificación por escrito al Director Administrativo y al examinador o examinadora de reclamaciones si decide retirar la solicitud de una revisión médica independiente.

Durante este proceso, usted debe continuar su tratamiento con el médico tratante o con un médico de su elección dentro de la MPN, según lo contemplado en la sección 9767.6.

¿Con quién debo ponerme en contacto si tengo preguntas sobre la MPN?

Le agradecemos ponerse en contacto con su examinador(a) de reclamaciones si tiene preguntas acerca de la MPN. También puede ponerse en contacto con el Coordinador de la MPN en el (800) 625-6588. Si tiene problemas para obtener

una cita o atención médica apropiada, su examinador(a) de reclamaciones le ayudará hasta que el asunto sea resuelto.

¿Qué pasa si considero que necesito ayuda del Director Administrativo?

Puede ponerse en contacto con su Funcionario de Información y Asistencia en la Junta local de Apelaciones de Indemnizaciones Laborales. Su examinador(a) de reclamaciones le dará el número de teléfono de la oficina ubicada más cerca de usted.

¿Qué es Continuidad de la Atención?

Continuidad de la Atención es el procedimiento que describe cómo el Empleador o Asegurador proveerá el tratamiento médico en caso de que su médico deje de ser miembro de la MPN. La continuidad de la atención se explica en la Política de Continuidad de la Atención adjunta.

¿Qué es Transferencia de la Atención y cómo opera?

Transferencia de la Atención es el procedimiento que describe cómo el Empleador o Asegurador transferirá su tratamiento continuado para una lesión sujeta a indemnización laboral que requiera tratamiento médico dentro de la MPN para atención médica adicional. La transferencia de la atención se explica en la Política de Transferencia de la Atención adjunta.

Política de Continuidad de la Atención

Política: El Empleador o Asegurador le suministrará a todos los empleados que ingresen al sistema de indemnizaciones laborales una notificación por escrito sobre su política de continuidad de la atención que además contenga información con respecto al proceso para que un empleado solicite una revisión bajo la póliza. El Empleador o Asegurador también suministrará, cuando le sea solicitada, una copia de la póliza por escrito a todo empleado.

Procedimiento:

1. **Conclusión del tratamiento por parte de un proveedor médico cuya vinculación se haya dado por terminada.** El Empleador o Asegurador deberá, a solicitud de un empleado lesionado, prestar el tratamiento completo según lo estipulado en este anexo por parte de un proveedor médico cuya vinculación se haya dado por terminada.

- a) El tratamiento que esté siendo prestado por parte de un proveedor médico cuya membresía en la MPN se de por terminada será prestado por un proveedor médico desvinculado a un empleado lesionado quien, al momento de la terminación del contrato, estaba recibiendo servicios de dicho proveedor por una de las enfermedades descritas en el párrafo 1.b) a continuación.
- b) El Empleador o Asegurador garantizará la culminación del tratamiento para las siguientes enfermedades, sujeto a la cobertura a través del sistema de indemnizaciones laborales antes de transferir el tratamiento médico adicional a un médico dentro de la MPN. En ese momento, el empleado tendrá los mismos derechos de seleccionar un nuevo médico u objetar la opinión del

médico tratante primario tal y como se ha descrito previamente:

- (i) Una condición aguda. Una condición aguda es una afección médica que involucra la repentina aparición de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera de una pronta atención médica y que tiene una duración limitada. La culminación del tratamiento será prestada durante la duración de la condición aguda. La duración de una condición aguda será de menos de noventa días.
- (ii) Una condición crónica grave. Una condición crónica grave es una afección médica debida a una enfermedad, malestar, u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin curación total o empeora a lo largo de un período extendido de tiempo o requiere de tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. La culminación de tratamiento será suministrada durante un período de tiempo necesario para completar un curso de tratamiento y coordinar el traslado seguro a otro proveedor, según lo determine el Empleador o Asegurador consultando con el empleado lesionado y el proveedor médico desvinculado, y de manera consistente con una buena práctica profesional. La culminación del tratamiento bajo este párrafo no superará los 12 meses desde la fecha de terminación del contrato. Un “período de tiempo extendido” con respecto a una condición crónica y grave significa una duración de al menos noventa días.
- (iii) Una enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte en el transcurso de un año o menos. No se hará transferencia de atención en dichas circunstancias, y la culminación del tratamiento será suministrada durante la duración de una enfermedad terminal.
- (iv) Cirugía u otro procedimiento. La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el Empleador o Asegurador como parte de un curso de tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato.

2. **Términos y condiciones contractuales.** El Empleador o Asegurador puede requerir que el proveedor médico desvinculado, cuyos servicios continúan después de la terminación del contrato según lo estipulado en esta sección, acepte por escrito estar sujeto a los mismos términos y condiciones contractuales que fueron impuestos al proveedor antes de la terminación. Si el proveedor médico desvinculado no acepta cumplir o habiéndolo acordado no cumple con estos términos y condiciones contractuales, entonces el Empleador o Asegurador no está obligado a continuar con los servicios del proveedor después de la fecha de terminación del contrato.

3. **Compensación.** A no ser que se acuerde lo contrario entre el proveedor médico desvinculado y el Empleador o Asegurador, los servicios prestados según lo estipulado en esta sección serán compensados a tasas y métodos de pago similares a aquellos usados por el Empleador o Asegurador para los proveedores contratados vigentes que presten servicios similares y ejerzan en la misma área geográfica o una similar a la del proveedor médico desvinculado. El Empleador o Asegurador no está obligado a continuar con los servicios de un proveedor médico desvinculado si el proveedor no acepta las tasas de pago contempladas en este párrafo.

4. **Terminación por causales o razones disciplinarias médicas.** Esta política no exige que el Empleador o Asegurador provea la culminación del tratamiento por parte de un proveedor cuyo contrato con el Empleador o Asegurador haya sido terminado o no renovado por razones relacionadas con una causal o razón disciplinaria médica, como está definido en el párrafo (6) de la subdivisión (a) de la *Sección 805 del Código de Negocios y de Profesión (Business and Profession Code)*, o por fraude u otra actividad criminal.

5. **Continuidad de la atención más allá de lo requerido.** Nada de lo establecido en este anexo le impedirá al Empleador o Asegurador proveer continuidad de la atención más allá de lo requerido en este anexo.

6. **Proceso de solución de controversias.**

a) Tras la determinación por parte del Empleador o Asegurador de la condición médica del empleado cubierto y lesionado, el Empleador o Asegurador le notificará al empleado cubierto la determinación con respecto a la culminación del tratamiento, y si el empleado deberá seleccionar un nuevo proveedor dentro de la MPN. La notificación deberá ser enviada a la residencia del empleado cubierto y una copia de la carta deberá ser enviada al médico tratante primario del empleado cubierto. La notificación deberá ser escrita en inglés y en español y debe usar términos legos en la máxima medida posible.

b) Si el proveedor desvinculado acuerda continuar tratando al empleado cubierto lesionado de conformidad con la sección 4616.2 del Código Laboral, y si el empleado cubierto lesionado controvierte la determinación médica, el empleado cubierto lesionado deberá solicitar un informe del médico tratante primario del empleado cubierto que manifieste si el empleado cubierto cae dentro de cualquiera de las condiciones estipuladas en la sección 4616.2(d)(3) del Código Laboral: una condición aguda; una condición crónica grave; una enfermedad terminal; o la realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el asegurador o el empleador como parte de un curso de tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días

siguientes a la fecha de terminación del contrato. El médico tratante deberá suministrarle el informe al empleado cubierto dentro de los veinte días calendario siguientes a su solicitud. Si el médico tratante no expide el informe, entonces aplicará la determinación adoptada por el Empleador o Asegurador a la que se refiere el numeral 6.a).

c) Si el Empleador o Asegurador o el empleado cubierto lesionado objetan la determinación medicada adoptada por el médico tratante, la controversia con respecto a la determinación médica adoptada por el médico tratante con respecto a la continuidad de la atención deberá ser resuelta de conformidad con la sección 4062 del Código Laboral.

d) Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones establecidas en la sección 4616.2 (d) (3) del Código Laboral, entonces el empleado deberá elegir un nuevo proveedor dentro de la MPN durante el proceso de solución de controversias.

e) Si el médico tratante no está de acuerdo con la determinación del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones establecidas en la sección 4616.2 (d) (3) del Código Laboral, entonces el empleado continuará el tratamiento con el proveedor desvinculado hasta que la controversia sea resuelta.

7. **Reemplazo de la política de continuidad de la atención.** El Empleador o Asegurador radicará una revisión de la política de continuidad de la atención ante el Director Administrativo si llega a realizar cambios sustanciales a esta política.

Política de Transferencia de la Atención Continuada

Política: El Empleador o Asegurador proveerá la culminación del tratamiento para empleados cubiertos lesionados que estén siendo tratados por fuera de la Red de Proveedores Médicos (MPN por su sigla en inglés) por motivo de una lesión o enfermedad ocupacional ocurrida antes de la cobertura de la MPN.

Procedimiento:

A. Si la lesión del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en E (1) hasta E (4) a continuación, el empleado cubierto lesionado puede ser transferido a la MPN para recibir tratamiento médico.

B. Hasta tanto el empleado cubierto lesionado sea transferido a la MPN, el médico del empleado puede hacer remisiones a proveedores dentro o fuera de la MPN.

C. Nada de lo estipulado en esta sección impedirá al Solicitante, un asegurador o un empleador el aceptar suministrar atención médica con proveedores por fuera de la MPN.

- D. Si un empleado cubierto lesionado está siendo tratado por una enfermedad o lesión ocupacional por parte de un médico o proveedor antes de la cobertura de una red de proveedores médicos, y el médico o proveedor del empleado cubierto lesionado se convierte en proveedor dentro de la MPN que aplica al empleado cubierto lesionado, entonces el Empleador o Asegurador debe informar al empleado cubierto lesionado y a su médico o proveedor si el tratamiento está siendo prestado por su médico o proveedor bajo las disposiciones de la MPN.
- E. El Empleador o Asegurador debe autorizar la culminación del tratamiento para los empleados cubiertos lesionados que estén siendo tratados por fuera de la MPN por una lesión o enfermedad ocupacional ocurrida antes de la cobertura de la MPN y cuyo médico tratante no sea un proveedor dentro de la MPN, incluyendo a los empleados cubiertos lesionados que predesignaron un médico y no caen dentro de la sección 4600(d) del Código Laboral, para las siguientes condiciones:
- (1) Una condición aguda. Para efectos de esta subdivisión, una condición aguda es una afección médica que involucra una repentina aparición de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera pronta atención médica y que tenga una duración de menos de 90 días. La culminación del tratamiento deberá ser prestada por la duración de la condición aguda.
 - (2) Una condición crónica grave. Para efectos de esta subdivisión, una condición crónica grave es una afección médica debido a una enfermedad, malestar, lesión catastrófica u otro problema médico o trastorno médico que sea de naturaleza grave y que persiste sin cura total o empeora en el transcurso de 90 días y requiera de tratamiento continuado para mantener la remisión o prevenir el deterioro. La culminación del tratamiento deberá ser autorizada por un período de tiempo necesario, hasta de un año de duración: (A) necesario para completar un curso de tratamiento aprobado por el empleador o asegurador, y (B) para coordinar la transferencia a otro proveedor dentro de la MPN, según lo determinado por el asegurador o empleador. El período de un año para la culminación del tratamiento comienza desde la fecha en que el empleado cubierto lesionado recibe la notificación, según lo requerido por la subdivisión F., de la determinación en el sentido de que el empleado padece una condición crónica grave.
 - (3) Una enfermedad terminal. Para efectos de esta subdivisión, una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte en el transcurso de un año o menos. La culminación del tratamiento debe prestarse por toda la duración de la enfermedad terminal.
- (4) La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el asegurador o empleador como parte de un curso de tratamiento documentado que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha efectiva de cobertura de la MPN.
- F. Si el empleador o asegurador decide transferir la atención médica del empleado cubierto a la red de proveedores médicos, el Empleador o Asegurador debe notificar al empleado cubierto sobre la determinación con respecto a la culminación del tratamiento y la decisión de transferir la atención médica a la red de proveedores médicos. La notificación debe ser enviada a la residencia del empleado cubierto y una copia de la carta debe ser enviada al médico tratante primario del empleado cubierto. La notificación debe ser escrita en inglés y en español y debe usar términos legos en la máxima medida posible.
- G. Si el empleado cubierto lesionado controvierte la determinación médica tomada bajo esta sección, el empleado cubierto lesionado debe solicitar un informe del médico tratante primario del empleado cubierto que manifieste si el empleado cubierto cae bajo cualquiera de las condiciones estipuladas en las subdivisiones E(1) hasta E(4) arriba. El médico tratante debe suministrar el informe al empleado cubierto dentro de los veinte días calendario siguientes a la solicitud. Si el médico tratante no expide el informe, entonces aplicará la determinación adoptada por el Empleador a la que se refiere el literal F.
- H. Si el Empleador o Asegurador o el empleado cubierto lesionado objetan la determinación médica adoptada por el médico tratante, la controversia relacionada con la determinación médica adoptada por el médico tratante con respecto a la transferencia de atención deberá ser resuelta de conformidad con la sección 4062 del Código Laboral.
- I. Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en las subdivisiones E (1) hasta E (4) anteriores, la transferencia de la atención se adelantará durante el proceso de solución de controversias
- J. Si el médico tratante no está de acuerdo con la determinación de la MPN del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones establecidas en las subdivisiones E (1) hasta E (4) anteriores, la transferencia de la atención no se adelantará sino cuando la controversia sea resuelta.