



Athens Administrators California Claims Kit

V7



California Claim Kit Attachments

Notice to Employees (DWC 7) – *MUST BE POSTED*

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

Employer's Report of Occupational Injury or Illness (Form 5020)

Athens MPN Employee Written Notification – *MUST BE POSTED*

Athens MPN Implementation Notice

Athens MPN Acknowledgement Form

Athens MPN Affidavit

Athens Claim Supply Request

To Report a Claim

Internet: www.athensadmin.com/reportclaim
User Name: pacwest
Password: pacwest
Telephone: 866-308-4446
Fax: 877-263-4389
Email: reportclaim@athensadmin.com
Mail: P.O. Box 696, Concord, CA, 94522

To Find a Physician in the California Athens MPN

Internet: www.athensadmin.com/findadoc
Name: ATHER
Password: ATHER02

To Find a Physician Outside of California

Internet: www.corvel.com



Notice to Employees (DWC 7)

MUST BE POSTED





Notice to Employees--Injuries Caused By Work

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

Benefits. Workers' compensation benefits include:

- **Medical Care:** Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines that are reasonably necessary to treat your injury. You should never see a bill. There is a limit on some medical services.
- **Temporary Disability (TD) Benefits:** Payments if you lose wages while recovering. For most injuries, TD benefits may not be paid for more than 104 weeks within five years from the date of injury.
- **Permanent Disability (PD) Benefits:** Payments if your injury causes a permanent disability.
- **Supplemental Job Displacement Benefit:** A nontransferable voucher payable to a state approved school if your injury arises on or after 1/1/04 and results in a permanent disability that prevents you from returning to work within 60 days after TD ends, and your employer does not offer you modified or alternative work.
- **Death Benefits:** Paid to dependents of a worker who dies from a work-related injury or illness.

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

If You Get Hurt:

1. **Get Medical Care.** If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department. If you need first aid, contact your employer.
2. **Report Your Injury.** Report the injury immediately to your supervisor or to an employer representative. Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for your alleged injury and shall be liable for up to ten thousand dollars (\$10,000) in treatment until the claim is accepted or rejected.
3. **See Your Primary Treating Physician (PTP).** This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. If you predesignated by naming your personal physician or medical group before injury (see above), you may see him or her for treatment in certain circumstances. Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days. You may be able to switch to a doctor of your choice after 30 days. Different rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or has a Medical Provider Network (MPN). You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
4. **Medical Provider Networks.** Your employer may be using a MPN, which is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. If your employer is using a MPN, a MPN notice should be posted next to this poster to explain how to use the MPN. You can request a copy of this notice by calling the MPN number below. **If you have predesignated a personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your predesignated doctor.** If you have not predesignated and your employer is using a MPN, you are free to choose an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by your employer. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information, see the MPN contact information below:

Current MPN's toll free number: _____ MPN website: _____

MPN Effective Date _____ Current MPN's address: _____

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

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

Claims Administrator _____ Phone _____

Workers' compensation insurer _____ (Enter "self-insured" if appropriate)

Policy Expiration Date _____

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

You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information & Assistance Officer. The nearest Information & Assistance Officer can be found at location: _____ or by calling toll-free **(800) 736-7401**. Learn more information about DWC and DLSE online: **www.dwc.ca.gov** or **www.dir.ca.gov/dlse**.

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

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



Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

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

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

- **Atención Médica:** Consultas médicas, servicios de hospital, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías y medicinas que son razonablemente necesarias para tratar su lesión. Usted nunca deberá ver un cobro. Hay un límite para ciertos servicios médicos.
- **Beneficios por Incapacidad Temporal (TD):** Pagos si usted pierde sueldo mientras se recupera. Para la mayoría de las lesiones, beneficios de TD no se pagarán por mas de 104 semanas dentro de cinco años después de la fecha de la lesión.
- **Beneficios por Incapacidad Permanente (PD):** Pagos si su lesión le causa una incapacidad permanente.
- **Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo:** Un vale no-transferible pagadero a una escuela aprobada por el estado si su lesión surge en o después del 1/1/04, y le ocasiona una incapacidad permanente que le impida regresar al trabajo dentro de 60 días después de que los pagos por TD terminen y su empleador no le ofrece a usted un trabajo modificado o alternativo.
- **Beneficios por Muerte:** Pagados a los dependientes de un(a) trabajador(a) que muere a causa de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

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

Si Usted se Lastima:

1. **Obtenga Atención Médica.** Si usted necesita atención de emergencia, llame al 911 para ayuda inmediata de un hospital, una ambulancia, el departamento de bomberos o departamento de policía. Si usted necesita primeros auxilios, comuníquese con su empleador.
2. **Reporte su Lesión.** Reporte la lesión inmediatamente a su supervisor(a) o a un representante del empleador. No se demore. Hay límites de tiempo. Si usted espera demasiado, es posible que usted pierda su derecho a beneficios. Su empleador está obligado a proporcionarle un formulario de reclamo dentro de un día laboral después de saber de su lesión. Dentro de un día después de que usted presente un formulario de reclamo, el empleador autorizará todo tratamiento médico de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables a su presunta lesión y será responsable por diez mil dolares (\$10,000) en tratamiento hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado.
3. **Consulte al Médico que le está Atendiendo (PTP).** Este es el médico con la responsabilidad total de tratar su lesión o enfermedad. Si usted designó previamente a su médico personal o grupo médico antes lesionarse (vea uno de los párrafos anteriores), en ciertas circunstancias, usted puede consultarlo para el tratamiento. De otra forma, su empleador tiene el derecho de seleccionar al médico que le atenderá durante los primeros 30 días. Es posible que usted pueda cambiar a un médico de su preferencia después de 30 días. Hay reglas diferentes que se aplican cuando su empleador ofrece una Organización de Cuidado Médico (HCO) o si tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN). Usted debe recibir información de su empleador si está cubierto por una HCO o una MPN. Hable con su empleador para más información.
4. **Red de Proveedores Médicos (MPN):** Es posible que su empleador use una MPN, lo cual es una red de proveedores de asistencia médica seleccionados para dar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador usa una MPN, una notificación de la MPN debe estar al lado de este cartel para explicar como usar la MPN. Usted puede pedir una copia de esta notificación hablando al número de la MPN debajo descrito. **Si usted ha hecho una designación previa de un médico personal antes de lesionarse en el trabajo, entonces usted puede recibir tratamiento de su medico previamente designado.** Si usted no ha hecho una designación previa y su empleador está usando una MPN, usted puede escoger un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Si usted está recibiendo tratamiento de parte de un médico que no pertenece a la MPN para una lesión existente, puede requerirse que usted se cambie a un médico dentro de la MPN. Para más información, vea la siguiente información del contacto de la MPN :

Número gratuito de la MPN vigente: _____ Página web de la MPN: _____

Fecha de vigencia de la MPN _____ Dirección de la MPN vigente _____

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

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

Administrador de Reclamos _____ Teléfono _____
Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador _____ (Anote “autoasegurado” si es apropiado)
Fecha de Vencimiento de la Póliza _____

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

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en _____ o llamando al número gratuito **(800) 736-7401**. Usted puede obtener más información sobre de la DWC y DLSE en el Internet en: **www.dwc.ca.gov o www.dir.ca.gov/dlse.**

Los reclamos falsos y rechazos falsos del reclamo. Cualquier persona que haga o que ocasione que se haga una declaración o una representación material intencionalmente falsa o fraudulenta, con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación de trabajadores, es culpable de un delito grave y puede ser multado y encarcelado.

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



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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

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

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

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

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

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

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

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

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

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

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

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

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

☐ Employer copy/Copia del Empleador ☐ Employee copy/ Copia del Empleado

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

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



Employer's First Report of Injury Form (Form 5020)



State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.	
				FATALITY ☐	
Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers compensation benefits or payments is guilty of a felony.		California law requires employers to report within five days of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident OR requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within five days of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be reported immediately by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.			
EMPLOYER	1. FIRM NAME			1a. Policy Number	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)			2a. Phone Number	
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)			3a. Location Code	
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.			5. State unemployment insurance acct.no	
INJURY OR ILLNESS	6. TYPE OF EMPLOYER: ☐ Private ☐ State ☐ County ☐ City ☐ School District ☐ Other Gov't, Specify: _____			INDUSTRY	
	7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)			10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)	
	8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM			9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM _____ PM	
	11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? ☐ Yes ☐ No			14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX: ☐	
	12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)			13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)	
	15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? ☐ Yes ☐ No			16. SALARY BEING CONTINUED? ☐ Yes ☐ No	
	17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)			18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM (mm/dd/yy)	
	19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning			AGE	
	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)			20a. COUNTY	
	21. ON EMPLOYER'S PREMISES? ☐ Yes ☐ No			DAILY HOURS	
	22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.			23. Other Workers injured or ill in this event? ☐ Yes ☐ No	
	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold			DAYS PER WEEK	
	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.			WEEKLY HOURS	
	26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY			WEEKLY WAGE	
				COUNTY	
				NATURE OF INJURY	
				PART OF BODY	
				SOURCE	
				EVENT	
				SECONDARY SOURCE	
EMPLOYEE	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)				
	37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours			37a. EMPLOYMENT STATUS ☐ regular, full-time ☐ part-time ☐ temporary ☐ seasonal	
	38. GROSS WAGES/SALARY \$ _____ per _____			39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? ☐ Yes ☐ No	
	Completed By (type or print)			Signature & Title	
			Date (mm/dd/yy)		



MPN Employee Written Notification

MUST BE POSTED



CHOOSING MEDICAL CARE FOR WORK-RELATED INJURIES AND ILLNESSES

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation Physician Network called a Medical Provider Network (MPN). This MPN is administered by MEDEX Healthcare, Inc. This form gives you information about the MPN program and describes your rights in choosing medical care for work related injuries and illnesses.

What is an MPN?

A Medical Provider Network (MPN) is an entity or group of providers that has been approved by the State of California Division of Workers' Compensation (DWC) to provide health care to workers who are injured on the job. MPNs must meet the quality and service standards set by the Division of Workers' Compensation. They must have health care providers who understand the workers' compensation system and occupational health care. ATHENS MPN will make sure that you have medical treatment available at reasonable times if you have a work-related injury or illness. All medical treatment will be in accordance with the medical standards approved by the DWC.

How do I find out which Doctors are in my MPN?

You may access the doctors in the network by going to: www.talispoint.com/medex/Athens. Name: ATHER; pass code: ATHER02. The insurance company has designated the following person to be the MPN contact for all employees. They will tell you how to review, receive or access the names of the doctors in your network.

Contact Name: Jamie Sanderson Title: Account Manager Employer Name: Athens Administrators Address: PO BOX 696, Concord, CA 94566 Telephone: (899) 482-3535 x1127

Your employer's workers' compensation representative has access to this listing in hard copy and on-line formats. In addition, you may contact ATHENS MPN if you have any questions, or cannot locate a copy of your MPN list of doctors: MEDEX Healthcare, Inc., Director of Managed Care Services,
1201 Dove St., Suite 300, Newport Beach, CA 92660 (877) 775-7772

What if I get injured at work?

When you notify your employer or insurer that you have had a work-related injury, your employer or insurer will arrange an appointment with a doctor in ATHENS MPN Network. After this first visit, you may continue to be treated by this doctor, or you may choose another doctor **from the MPN Network that treats your type of injury**, and you may continue to choose doctors within the ATHENS MPN Network for all of your medical care for this injury. If appropriate, you may also ask for a referral to a specialist. If you need help in choosing a doctor or seeing a specialist, or if you are having trouble getting an appointment with a MPN provider, you may contact one of the people previously listed.

ATHENS MPN has at least three (3) physicians of each specialty expected to treat common injuries based on the type of occupation or industry in which you are engaged. ATHENS MPN has a primary treating physician and a hospital for emergency health services, or if separate from such hospital, a provider of all emergency health care services, within thirty (30) minutes or fifteen (15) miles of your residence or workplace. ATHENS MPN has providers of occupational health services and specialties within sixty (60) minutes or thirty (30) miles from your residence or workplace. For workers traveling within California but outside the MPN network, if non-emergency medical care is needed, call the MPN contact for a list of accessible providers or for authorization to go to a non-MPN provider if a MPN provider is not accessible.

If you require treatment in a rural area, alternative access standards shall apply. Under these standards, the MPN shall arrange or approve non-emergency medical care from physicians within or outside of the MPN. The MPN shall ensure the availability of three (3) such physicians, who shall be available to you for treatment, or for obtaining a second or third opinion if requested. The MPN shall ensure that all services shall be available and accessible at reasonable times to all covered employees.

The MPN shall arrange or approve non-emergency medical care from physicians outside of the MPN for (A) covered employees authorized by the employer to temporarily work or travel for work outside the MPN geographic service area when the need for medical care arises; (B) former employees whose employer has ongoing workers' compensation obligations and who permanently reside outside the MPN geographic service area; and (C) injured employees who decide to temporarily reside outside the MPN geographic service area during recovery. The MPN shall ensure the availability of at least three (3) such physicians who have either been referred by the employee's primary care physician within the MPN or have been selected by the MPN, and who shall be available for treatment, or for obtaining a second or third opinion if requested by the injured worker. These referred physicians shall be located within the MPN access standards as found in this application.

For non-emergency services, the MPN shall ensure that an appointment for initial treatment is available within three (3) business days of the MPN's receipt of a request for treatment within the MPN. For non-emergency specialist services, the MPN shall ensure that an appointment is available within twenty (20) business days of the MPN's receipt of a referral to a specialist within the MPN.

If your primary care physician refers you to a type of specialist not included in the MPN, you may select a specialist from outside the MPN. Injured employees shall be able to receive emergency health care services from a medical service or hospital provider who is not a member of the MPN.

What if I do not agree with my Doctor?

If you do not agree with either the **diagnosis or treatment** prescribed by your doctor, you may ask for a second and third opinion from doctors within the ATHENS MPN Network. If you wish a **second opinion**, you must contact the person from your employer or insurer listed above and tell them you wish a second opinion. The contact person will make sure you have a list of MPN doctors to choose from. Then you may choose a doctor from the ATHENS MPN Network and make an appointment within 60 days. You must tell the employer or contact person of your appointment date. If you do not make an appointment within 60 days, you may no longer get a second opinion. If the second opinion doctor feels that your injury is outside of the scope of their practice, they will notify your employer or insurer, and you will get a new list of ATHENS MPN doctors or specialists so you can make another selection.

If you get a second opinion, and still disagree with your doctor, you may ask for a third opinion. If you wish a **third opinion**, you must contact the person from your employer or insurer listed above and tell them you wish a third opinion. They will make sure you have a list of MPN doctors to choose from. Then you may choose a doctor from the ATHENS MPN Network and make an appointment within 60 days. You must tell the person listed above of your appointment date. If you do not make an appointment within 60 days,

CHOOSING MEDICAL CARE FOR WORK-RELATED INJURIES AND ILLNESSES (continued)

you may no longer get a third opinion. If the third opinion doctor feels that your injury is outside of the scope of their practice, they will notify your employer or insurer and you will get a new list of ATHENS MPN doctors or specialists so you can make another selection.

A copy of the written report from a second or third treating physician shall be provided to you, your treating doctor, and the contact person, within 20 days of the date of the appointment or receipt of the results of the diagnostic tests, whichever is later. If you get a third opinion, and still disagree with your doctor, you may ask for an **Independent Medical Review (IMR)**. Your employer or insurer contact person will give you information about requesting an Independent Medical Review and a form at the time you request a third opinion.

As long as your second opinion, third opinion or Independent Medical Reviewer agrees with the treating doctor, you will continue to receive your medical treatment with doctors in the ATHENS MPN network. If the Independent Medical Reviewer does not agree with your treating doctor, you may seek that medical treatment from either inside or outside ATHENS MPN. If you receive treatment outside the MPN, it can only be for the treatment or diagnostic service recommended by the Independent Medical Reviewer.

Once this treatment is completed, you will receive all other treatment with a doctor of your choice within the MPN Network.

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

If your current treating doctor **is** or becomes a member of ATHENS MPN, then you may continue to treat with this doctor and your treatment will be under ATHENS MPN. If your current treating doctor **is not** or does not become a member of ATHENS MPN, then you may be sent to a ATHENS MPN doctor for treatment. If this occurs, you will be sent a letter and your doctor will also be notified.

You will **not** be transferred to a doctor in ATHENS MPN if your injury or illness meets **any** of the following conditions:

- (Acute) The treatment for your injury or illness will be completed within 90 days;
- (Serious) Your injury or illness is one that is serious and persists over at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year, until a safe transfer of care can be made. This one year period starts from the date of your receipt of the notification of the determination that you have a serious chronic injury or illness.
- (Terminal) You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one year or less.
- (Pending Surgery) You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the MPN effective date.

If ATHENS MPN is going to transfer your care and you disagree, you may ask your treating doctor for a report that addresses whether you are in one of the categories listed above. Your treating doctor shall provide the report to you within twenty (20) calendar days of your request. If your treating doctor fails to issue the report, then the determination made by ATHENS MPN shall apply.

If either ATHENS MPN or you do not agree with your treating doctor's report, this dispute will be resolved according to Labor Code Section 4062. You must notify one of the persons listed previously if you disagree with this report. If your treating doctor agrees that your condition **does not** meet one of those listed above, the transfer of care will go forward while you continue to disagree with the decision. If your treating doctor believes that your condition **does** meet one of those listed above, you may continue to treat with them until the dispute is resolved.

If you wish to receive a complete copy of your employer's Transfer of Care Policy, you may call the designated MPN Contact Person.

What if I am being treated by a ATHENS MPN doctor and they leave the MPN?

Your employer or insurer has a written Continuity of Care Policy that provides for a system that may allow you to complete your medical treatment when your treating doctor is no longer actively participating in ATHENS MPN. If you are being treated for a work-related injury in the ATHENS MPN and your doctor no longer has a contract with the MPN, your doctor **may** be allowed to continue to treat you if your injury or illness meets one of the following conditions:

- (Acute) The treatment for your injury or illness will be completed within 90 days;
- (Serious) Your injury or illness is one that is serious and persists over at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year from the contract termination date, until a safe transfer of care can be made.
- (Terminal) You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one year or less.
- (Pending Surgery) You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the contract's termination date.

If any of the above conditions exist, ATHENS MPN may require your doctor to agree in writing to the same terms they agreed to when they were a provider in the ATHENS MPN Network. If they do not, they may not be able to continue to treat you. If the contract with your doctor was terminated or not renewed by ATHENS MPN for reasons relating to medical disciplinary cause or reason, fraud or criminal activity, you will not be allowed to complete treatment with that doctor.

If you wish to receive a complete copy of your employer's Continuity of Care Policy, you may call the designated MPN Contact Person.

What if I need help?

You may always contact the persons previously listed for more help or explanation about your medical treatment if you have a work-related injury or illness. Also, if you have concerns, complaints or questions regarding a specific MPN or the notification process or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call Information and Assistance Officer at the Division of Workers' Compensation at 1.800.736.7401

CÓMO ESCOGER ATENCIÓN MÉDICA PARA LESIONES Y PADECIMIENTOS RELACIONADOS AL TRABAJO

La ley de California le requiere a su empleador que le proporcione y pague por el tratamiento médico si usted se lesiona en el trabajo. Su empleador ha escogido proporcionar este cuidado médico usando la Red de Médicos de Compensación al Trabajador, llamada una Red de Proveedores Médicos (MPN). Esta MPN la administra MEDEX Healthcare, Inc. Este formulario le da información acerca del programa MPN y describe sus derechos al escoger cuidado médico para lesiones y padecimientos relacionados al trabajo.

¿Qué es una MPN?

Una Red de Proveedores Médicos (MPN) es una entidad o grupo de proveedores que ha sido aprobado por la División de Compensación al Trabajador del Estado de California (DWC) para proveer cuidado de salud a trabajadores que se lesionan en el trabajo. Las MPN deben cumplir con las normas de calidad y servicio fijadas por la División de Compensación al Trabajador. Deben tener proveedores de cuidado de la salud quienes entienden el sistema de compensación al trabajador y el cuidado médico ocupacional. La ATHENS MPN se asegurará que usted tenga tratamiento médico disponible a horas razonables si usted sufre una lesión o un padecimiento relacionado al trabajo. Todo tratamiento médico se hará de acuerdo a las normas médicas aprobadas por el DWC.

¿Cómo puedo saber cuáles médicos están en mi MPN?

Puedo obtener acceso a los doctores en la red en el internet yendo a www.talispoinpoint.com/medex/Athens. Nombre: ATHER; el código de pase: ATHER02. La compañía de seguro ha designado a la siguiente persona para que sea el contacto de la MPN para todo empleado. Ellos le dirán cómo repasar, recibir o tener acceso a los nombres de los médicos en su red.

Nombre: Jamie Sanderson Titulo: Account Manager Nombre del Empleador: Athens Administrators Direccion: PO Box 696, Conceord, CA 94566 Telefono: (866) 485-3535 x1127

El representante de compensación al trabajador de su empleador tiene acceso a esta lista en copia impresa y en formato en línea. Además, usted puede comunicarse con MPN si tiene alguna pregunta, o no puede localizar una copia de su lista de médicos de MPN: MEDEX Healthcare, Inc., Director of Managed Care Systems, 1201 Dove St., Suite 300, Newport Beach, CA 92660 (877) 775-7772

¿Qué si me lesiono en el trabajo?

Cuando usted notifique a su empleador o seguro que usted ha tenido una lesión relacionada al trabajo, su empleador o seguro hará arreglos para hacer una cita con un médico de la red de ATHENS MPN. Después de esta primera visita, usted puede continuar siendo tratado por este médico, o puede escoger a otro médico de la red MPN que trata su tipo de lesión, y usted puede continuar escogiendo médicos dentro de la Red ATHENS MPN para todos los cuidados médicos para esta lesión. Si es apropiado, usted también puede pedir una recomendación a un especialista. Si necesita ayuda para escoger un médico o ver a un especialista, o si tiene alguna dificultad para obtener una cita con un proveedor de MPN, puede comunicarse con una de las personas anteriormente listadas.

ATHENS MPN tiene por lo menos tres (3) médicos de cada especialidad que se espera traten lesiones comunes basadas en el tipo de ocupación o industria en la cual usted participa. ATHENS MPN tiene un doctor de cabecera primario y un hospital para servicios de salud de emergencia, o si está separado de tal hospital, un proveedor de todos los servicios de cuidado de salud de emergencia, a más tardar treinta (30) minutos o quince (15) millas de su residencia o lugar de trabajo. ATHENS MPN tiene proveedores de servicios y especialidades de salud ocupacional a más tardar sesenta (60) minutos o treinta (30) millas de su residencia o lugar de trabajo.

Para trabajadores que anden de viaje dentro de California pero fuera de la red de MPN, si es que necesitan atención médica no de emergencia, llamen al contacto de MPN para una lista de proveedores accesibles o para una autorización de ir a un proveedor que no sea de MPN si es que no hay un proveedor de MPN accesible. Si usted requiere tratamiento en un área rural, se aplicarán normas alternas de acceso. Bajo estas normas, la MPN hará arreglos o aprobará atención médica no de emergencia de médicos dentro o fuera de la MPN. La MPN asegurará la disponibilidad de tres (3) médicos tales, que estarán disponibles para usted para su tratamiento, o para obtener una segunda o tercera opinión si se solicita. La MPN se asegurará que todos los servicios estén disponibles y accesibles a horas razonables para todo empleado cubierto.

La MPN hará arreglos o aprobará atención médica no de emergencia de médicos fuera de la MPN para (A) empleados cubiertos autorizados por el empleador para trabajar temporalmente en o viajar debido al trabajo fuera del área geográfica de servicios de la MPN cuando la necesidad de atención médica se presente; (B) empleados anteriores cuyo empleador tiene obligaciones de compensación al trabajador corrientes y que permanentemente residen fuera del área geográfica de servicios de la MPN; y (C) empleados lesionados que deciden residir temporalmente fuera del área geográfica de servicio de la MPN durante su recuperación. La MPN se asegurará de la disponibilidad de por lo menos tres (3) médicos tales que ya sea han sido recomendados por el médico de cuidado primario del empleado dentro de la MPN o han sido seleccionados por la MPN, y que estarán disponibles para tratamiento, o para obtener una segunda o tercera opinión si la solicita el trabajador lesionado. Estos médicos recomendados estarán ubicados dentro de las normas de acceso de la MPN como se indica en esta solicitud.

Para servicios no de emergencia, la MPN asegurará que haya disponible una cita para tratamiento inicial a más tardar tres (3) días hábiles del recibo de la MPN de una petición para tratamiento dentro de la MPN. Para servicios no de emergencia de especialistas, la MPN asegurará que haya disponible una cita a más tardar veinte (20) días hábiles de que la MPN reciba una recomendación a un especialista dentro de la MPN. Si su médico de atención primaria le recomienda a usted a un tipo especialista no incluido en la MPN, usted puede seleccionar un especialista fuera de la MPN.

Los empleados lesionados podrán recibir servicios de atención de salud de emergencia de un servicio médico u hospital proveedor que no es miembro de la MPN.

¿Qué si no estoy de acuerdo con mi médico?

Si usted no está de acuerdo ya sea con la **diagnosis o tratamiento** recetado por su médico, usted puede pedir una segunda opinión de médicos dentro de la Red ATHENS MPN.

Si usted desea una **segunda opinión**, debe comunicarse con la persona de su empleador o seguro listada arriba y decirle que usted desea una segunda opinión. Ellos se asegurarán que usted tenga una lista de médicos MPN de donde escoger. Entonces usted puede escoger un médico dentro de la Red ATHENS MPN y hacer una cita a más tardar 60 días. Usted le debe decirle al empleador o persona de contacto la fecha de su cita. Si usted no hace una cita a más tardar 60 días, ya no podrá recibir una segunda opinión.

Si el médico de la segunda opinión cree que su lesión está fuera del alcance de su especialidad, éste le notificará a su empleador o seguro y usted obtendrá una nueva lista de médicos o especialistas de ATHENS MPN para que usted pueda hacer otra selección. Si usted recibe una segunda opinión, y todavía no está de acuerdo con su médico, puede pedir una tercera opinión. Si usted desea una **tercera opinión**, debe comunicarse con la persona de su empleador o seguro listada arriba y decirle que desea una tercera opinión. Ellos se asegurarán que usted tenga una lista de médicos MPN de donde escoger. Luego usted puede escoger un médico de la Red ATHENS MPN y hacer una cita a más tardar 60 días. Debe decirle a la persona listada arriba de la fecha de su cita. Si usted no hace una cita a más tardar 60 días, ya no podrá recibir una tercera opinión.

CÓMO ESCOGER ATENCIÓN MÉDICA PARA LESIONES Y PADECIMIENTOS RELACIONADOS AL TRABAJO (continuado)

Si el médico de la tercera opinión piensa que su lesión está fuera del alcance de su especialidad, éste le notificará a su empleador o seguro y usted recibirá una nueva lista de médicos o especialistas, para que usted pueda hacer otra selección. Una copia del reporte escrito de un segundo o tercer médico de tratamiento se le proporcionará a usted, a su médico que le está dando tratamiento, y a la persona de contacto, a más tardar 20 días de la fecha de su cita o recibo de los resultados de los diagnósticos, cualquiera que fuera más tarde.

Si usted recibe una tercera opinión, y todavía no está de acuerdo con su médico, puede pedir un **Repaso Médico Independiente (IMR)**. Su empleador o la persona de contacto de su seguro le dará información sobre cómo solicitar un Repaso Médico Independiente y un formulario cuando usted solicite una tercera opinión.

Mientras que la segunda opinión, tercera opinión o el Repasador Médico Independiente esté de acuerdo con el médico que le está dando tratamiento a usted, usted continuará recibiendo su tratamiento médico de médicos en la Red ATHENS MPN. Si el Repasador Médico Independiente no está de acuerdo con el médico que le está dando tratamiento a usted, usted puede solicitar tratamiento médico ya sea dentro o fuera de ATHENS MPN. Si usted recibe tratamiento fuera de la MPN, solamente puede ser para el tratamiento o servicio de diagnóstico recomendado por el Repasador Médico Independiente.

Una vez que este tratamiento se complete, usted recibirá todo otro tratamiento por un médico de su opción dentro de la Red MPN.

¿Qué si ya estoy recibiendo tratamiento para una lesión relacionada al trabajo antes que el Athens MPN comience?

Si el médico presente que lo está tratando **es** o se convierte en un miembro de ATHENS MPN, entonces usted puede continuar recibiendo tratamiento de este médico y su tratamiento será bajo ATHENS MPN. Si su médico presente **no es** o no se hace miembro de ATHENS MPN, entonces se le puede enviar a un médico de ATHENS MPN para su tratamiento. Si esto sucede, se le enviará una carta a usted y a su médico también se le avisará.

A usted **no** se le transferirá a un médico de ATHENS MPN si su lesión o padecimiento cae dentro de **cualquiera** de las siguientes condiciones:

- (Agudo) El tratamiento para su lesión o padecimiento será completado a más tardar 90 días;
- (Grave) Su lesión o padecimiento es tan grave y persiste por lo menos más de 90 días sin cura completa o empeora y requiere tratamiento en curso. A usted se le podría permitir que lo tratara el médico que le está dando tratamiento en el presente hasta por un año, hasta que se pueda hacer un traslado de cuidado seguro. Este periodo de un año comienza en la fecha que usted reciba la notificación de la determinación que usted tiene una enfermedad o padecimiento crónico grave.
- (Terminal) Usted tiene una enfermedad incurable o condición irreversible que es probable que le cause la muerte dentro de un año o menos.
- (Cirugía pendiente) Usted ya tiene una cirugía u otro procedimiento que se ha autorizado por su empleador o seguro que ocurrirá a más tardar 180 días de la fecha efectiva de la MPN.

Si ATHENS MPN va a transferir su cuidado y usted no está de acuerdo, usted puede pedirle al doctor que lo está tratando un reporte el cual indica si usted está en una de las categorías indicadas arriba. Su doctor de cabecera le proporcionará un informe a más tardar veinte (20) días civiles de su petición. Si su doctor de cabecera no emite el informe, entonces la determinación hecha por ATHENS MPN aplicará. Si ATHENS MPN o usted no están de acuerdo con el reporte del médico que le está dando tratamiento, esta disputa se resolverá de acuerdo a la Sección 4062 del Código Laboral. Usted debe notificar a una de las personas listadas anteriormente si no está de acuerdo con este reporte. Si el médico que le está dando tratamiento cree que su condición **no** cae dentro de una de las que están listadas arriba, el traslado de cuidado procederá mientras usted continúe no estando de acuerdo con la decisión. Si el médico que le está dando tratamiento cree que su condición **sí** cae dentro de una de las que están listadas arriba, usted puede continuar su tratamiento con él hasta que la disputa se resuelva.

¿Qué si me está dando tratamiento un médico de ATHENS MPN y él se va de la MPN?

Su empleador o seguro tiene una Política de Continuidad de Cuidado escrita que provee un sistema que puede permitirle a usted completar su tratamiento médico cuando el médico que le está dando tratamiento ya no participa activamente en el ATHENS MPN.

Si a usted se le está dando tratamiento por una lesión relacionada al trabajo en el ATHENS MPN y su médico ya no tiene un contrato con el ATHENS MPN, a su médico se le **puede** permitir continuar dándole tratamiento si su lesión o padecimiento cae dentro de una de las siguientes condiciones:

- (Agudo) El tratamiento para su lesión o padecimiento será completado a más tardar 90 días dentro de un número limitado de días;
- (Grave) Su lesión o padecimiento es tan grave y persiste por lo menos más de 90 días sin cura completa o empeora y requiere tratamiento en curso. A usted se le podría permitir que lo tratara el médico que le está dando cuidado en el presente hasta por un año de la fecha de la terminación del contrato, hasta que se pueda hacer un traslado de cuidado seguro.
- (Terminal) Usted tiene una enfermedad incurable o condición irreversible que es probable que le cause la muerte dentro de un año o menos.
- (Cirugía pendiente) Usted ya tiene una cirugía u otro procedimiento que se ha autorizado por su empleador o seguro que ocurrirá a más tardar 180 días de la fecha de terminación del contrato.
-

Si cualquiera de las condiciones arriba existe, ATHENS MPN puede requerirle a su médico que esté de acuerdo por escrito a los mismos términos a los cuales ellos acordaron cuando era un proveedor de la Red ATHENS MPN. Si es que no lo hace, no puede continuar dándole tratamiento a usted. Si el contrato con su médico se terminó o no se renovó por ATHENS MPN por razones relacionadas a causa o razón disciplinaria médica, fraude o actividad criminal, a usted no se le permitirá completar el tratamiento con ese médico. Si usted desea recibir una copia completa de las reglas de la Política de Continuidad de Cuidado, puede llamar a la persona de contacto de MPN.

¿Qué si necesito ayuda?

Siempre puede comunicarse con las personas previamente listadas si usted necesita más ayuda o explicación acerca de su tratamiento médico si tiene una lesión o padecimiento relacionado al trabajo. También, si tiene alguna preocupación, queja o pregunta acerca de una MPN específica o del proceso de notificación o su tratamiento médico después de una lesión o padecimiento relacionado al trabajo, usted puede llamar a un Agente de Información y Ayuda en la División de Compensación al Trabajador al 1.800.736.7401.



MPN Implementation Notice

FOR ALL NEW EMPLOYEES



MPN Implementation Notice

Your employer has a new Medical Provider Network (MPN) to treat work-related injuries. Unless you have properly predesignated a physician or medical group prior to an injury, any new work-related injuries arising on or after (DATE)_____ will be treated by providers in the new Medical Provider Network, Athens MPN.

If you have an existing injury, you may be required to change treatment to a provider in the new MPN. Please discuss this with your claims adjuster.

You may obtain more information about your rights and obligations within the MPN from the workers' compensation poster at your worksite or from your employer.

Notificación de Implementación del MPN

La empresa tiene una nueva Red de Proveedores Médicos (MPN) para tratar las lesiones relacionadas al trabajo. Al menos que usted haya designado un médico o un grupo médico para una lesión anterior, toda nueva lesión que ocurra el o después del (FECHA)_____ será tratada por proveedores de la nueva Red de Proveedores Médicos, Athens MPN.

Si usted tiene una lesión actual puede que a usted le se requiera cambiar su tratamiento a un proveedor del nuevo MPN. Usted puede tratar esto con su administrador de reclamos.

Usted puede obtener más información sobre sus derechos y obligaciones dentro del MPN en la empresa o en el poster de compensación al trabajador en su localidad de trabajo.



MPN Acknowledgement Form

**FOR EMPLOYEES TO SIGN AND
RETURN TO EMPLOYER**

RECEIPT OF MPN NOTIFICATION
RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE MPN

ENGLISH

I acknowledge that I have received information regarding my rights under the new Medical Provider Network (MPN) program, administered by Medex Healthcare, Inc., for the sole purpose of treatment should I become injured or ill on the job.

The information given to me includes:

- The Athens Medical Provider Network (MPN) implementation notice.

ESPAÑOL

Reconozco que he recibido información con respecto a mis derechos bajo el nuevo programa de Red de Proveedor Médico (MPN) administrado por Medex Healthcare, Inc., para el único propósito de tratamiento si es que me lesionara o me enfermara en el trabajo.

La información que se me dio incluye:

- La notificación de la implementacion de la Athens Red de Proveedor Médico (MPN)

Print your name/Imprima su nombre: _____

Last four digits of social security number or employee identification number/Últimos cuatro números del seguro social o número de identificación del empleado: _____

Address/Dirección: _____

City/Ciudad: _____ State/Estado: CA Zip code/Código postal _____

Company name/Nombre de la compañía _____

Signature/Firma _____ Date/Fecha _____



MPN Affidavit

FOR EMPLOYERS TO RETURN TO MEDEX



Affidavit of Distribution of the

PacWest-Athens Medical Provider Network (MPN) Implementation Notice

[1] I declare that I am a resident of or employed in the County of _____

I am over the age of 18. The name, address and phone number of my business is:

Phone: _____

Policy# _____

[2] On _____, I served (enter number) _____ California

Employees with copies of the following document:

Athens MPN Implementation Notice

I declare, under penalty of perjury under the laws of the State of California that the foregoing is true and correct and that this declaration was executed on _____ at _____, California.

Type or Print Full Name

Signature

Title

Please fax or mail a copy of the completed affidavit to: **FAX: (888) 429-0088**

PacWest - Athens MPN
c/o Medex Healthcare, Inc.
1201 Drove Street, Suite 300
Newport Beach, CA 92660



Claim Supply Request



Claim Supply Request

Date:

Fax Request To: 925-609-5403

Or

eMail Request To: claimskit@athensadmin.com

QTY

	Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility
	Employer's Report of Occupational Injury or Illness (Form 5020)
	Notice to Employees (DWC 7) (English and Spanish) – <i>must be posted</i>
	MPN Employee Written Notification – <i>must be posted</i>

Employer Name: _____

Mailing Address: _____

City _____ **State** _____ **ZIP** _____

Policy #: _____

Contact Name: _____

Telephone #: _____