



RPS Atlas Workers' Compensation Program 040997

Gallagher Bassett California WC Claims Kit for
Endurance Assurance Corporation Claims

Table of Contents

-
- **Accident Reporting Instructions**
 - **Provider and Pharmacy information**
 - **Provider First Fill card**
 - **GBGO English flyer**
 - **GBGO Spanish Flyer**
 - **Notice of pre-designation of personal physician**
If electing pre-designation, must be completed by employee and submitted to employer prior to injury
 - **Notice of pre-designation of personal chiropractor or personal acupuncturist**
If electing pre-designation, must be completed by employee and submitted to employer prior to injury
 - **Aviso de predesignación de médico personal**
Si elige la pre-designación, debe ser completada por el empleado y presentada al empleador antes de la lesión
 - **Aviso de predesignación de quiropráctico personal o acupunturista personal**
Si elige la pre-designación, debe ser completada por el empleado y presentada al empleador antes de la lesión
 - **DWC-1 Workers' Compensation Claim Form**
To be completed by employee and employer at time of injury
 - **New Hire Notice**
To be completed by employee and employer at time of hire
 - **Time of Hire Pamphlet - English**
 - **Time of Hire Pamphlet - Spanish**
 - **DWC 7: Notice to Employees-Injuries caused by work**
Must be posted in a conspicuous location
 - **5020: Employer's report of occupational injury or illness**
To be completed by employer at time of reporting an injury
 - **Medical Provider Network (MPN) Employee Notification**
 - **Notificación a empleados de la Red de Proveedores Médicos (MPN)**

Accident Reporting Instructions

FOR SERIOUS OR LIFE-THREATENING INJURIES, CALL 911 OR TAKE EMPLOYEE TO NEAREST EMERGENCY ROOM IMMEDIATELY

Effective 7/1/2025 forward, Gallagher Bassett is the claims administrator for RPS Atlas's workers' compensation Endurance Assurance Corporation claims. Claims should be reported via one of the following methods:

- 1) **Telephonic reporting:** 833-378-4031
 - 2) **Fax:** 866-668-7780
 - Please use the attached claim reporting form
 - 3) **Email reporting:** Atlasworkcompclaims@gbtpa.com
 - Please use the attached claim reporting form
- Report all accidents/injuries immediately. Delays in reporting can significantly increase claim costs.
 - Reporting a claim is NOT an admission that the claim is compensable. GB will investigate all accidents and determine if workers' compensation benefits are due.

Helpful information to have on hand when reporting new incidents:

CLIENT INFORMATION

- Client Number: Your GB client number is **040997**

INJURED EMPLOYEE INFORMATION

- Name
- Employee ID number
- Social security number
- Date of Birth
- Address and home phone number
- Personal email address
- Date of hire
- Marital Status
- Number of dependents
- Policy number (if known)
- Policy effective date (if known)

ACCIDENT INFORMATION

- Date and time of injury
- Location (city and state) of employer location
- Specific description of injury (i.e., employee slipped and fell on wet floor in warehouse)
- Any unsafe behavior that contributed to the accident
- Name and address of injured employee's physician or facility, if treatment already obtained for the injury

Gallagher Bassett Customer Support

GB Toll Free 833-707-6338

Obtaining medical care for your injured employee:

FOR SERIOUS OR LIFE-THREATENING INJURIES, CALL 911 OR TAKE EMPLOYEE TO NEAREST EMERGENCY ROOM IMMEDIATELY

To locate in-network providers near your locations at:

www.talispoint.com/cvty/gbppo

Through this site you can choose from several options to request the providers. Searches can be done by address, name, region, as well as a quick search which is a preformatted search using a limited number of specialties for providers who provide initial treatment of WC injuries only. Outcome Based Network (OBN) providers are identified by a rainbow circle design before their name. The site also provides you with the capability of creating your own preformatted worksite posters. There is also a selection to look up state rules which gives you a brief description of the state rules that apply to your direction of medical care for each state.

GB Care Pharmacy Benefit Management Program

First Fill Program – this program allows the injured employee to obtain their first fill of medication with no out-of-pocket expense to the employee. When filling a prescription, injured workers simply present the First Fill information to the pharmacy. Once the pharmacy verifies eligibility, injured employees are enrolled.

With over 68,000 contracted pharmacies, including all major pharmacy chains, our unique program design enables injured workers to receive prescriptions without incurring out of pocket expenses and ensures appropriate medications are dispensed during each stage of recovery. The injured employee can also call 1.844.276-2515 to find participating pharmacies.

Benefits of the program include:

- No out-of-pocket expense for injured workers. Injured employees can fill their prescriptions on demand (up to 30-day supply of medical) simply by presenting their myMatrixx information to the pharmacy.
- Home Delivery Programs – for qualified injured employees, myMatrixx offers home delivery of medications. Depending upon past use and type of injury, the system automatically identifies those who might benefit, providing added convenience and promoting their recovery.

Occupational Injury Temporary Prescription ID Card



To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed processing your approved work-related injury prescriptions.

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the myMatrixx Patient Care Contact Center at 844-276-2515.

Atención Trabajador Lesionado:

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

Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, por favor contacte al área de Atención a Clientes de Express Scripts, en el teléfono 844-276-2515.

To the Pharmacist:

myMatrixx, an Express Scripts company administers this occupational accident prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard first fill shall not exceed a 30-day supply or a cost of \$500. This form is valid for up to 30 days from date of injury (DOI). Limitations may vary. For assistance, call myMatrixx at 844-276-2515.

Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter bin number 003858

Step 2: Enter processor control WC

Step 3: Enter the group number as it appears above

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

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

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

myMatrixx, an Express Scripts Company

ID#: _____

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

Date of Injury: _____ / _____ / _____
MM/DD/YYYY

Group #: NZEA

Employee Date of Birth: _____ / _____ / _____

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

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

To the Supervisor:

Please fill in the information requested for the injured worker.

Employee Information

First M Last

Street Address or PO Box

City State ZIP

Employer Name

RPS Atlas Workers Compensation Program

Participating Retail Network Pharmacies

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

GBGO Mobile App

- Your injured employee will receive an acknowledgement letter giving them their claim number and resolution manager contact information, along with information on accessing GBGO, our mobile app:

GBGO®—Taking claims management mobile

In a world that keeps moving, GB delivers the best possible claim experience to both clients and injured workers. Through GBGO, a mobile suite that provides faster and better communication, GB keeps all parties engaged throughout the claims process and improves overall satisfaction with the claim experience.

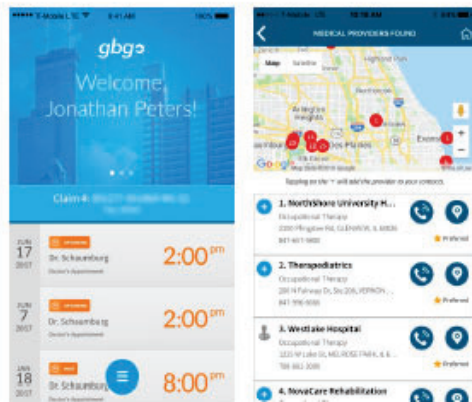
The GBGO MYGBCLAIM App lets injured workers manage their claim anytime, anywhere from their Apple or Android smartphone. The app is secure, easy to use and reliable. The following is a list of features currently supported.

Existing Features

- GBGO SMART bar – Access personalized messages, notifications, reminders, FAQs, and more
- Payments – View benefit payments history and get notifications related to payment updates, enroll in Direct Deposit
- Doctor Appointments – Input your next doctor appointment and let the app track it and remind you.
- Medical Cards – Access digital versions of the Medical Card and the Pharmacy card (Rx Card) with 'one click'.
- Connect with your RM – Phone or email your GB RM (Resolution Manager) with 'one click'.
- Report Release to Return to Work and request your RM (Resolution Manager) to update your contact information from the app.
- FAQs – Access answers to frequently asked questions 24 x7
- App feedback – Tell us what you think
- Experience the app in Spanish
- Pre-Claim Access – Access your Medical Awareness Card (MAC) after your call with the PC365 Nurse
- Claim Contacts – Add, Manage and Access Claim Contacts from one screen – RM, Providers and Pharmacies. Call or get directions to the provider location with one click
- Provider and Pharmacy Search – Search for a Preferred medical provider or pharmacy near you
- Attachments – Send attachments (Doctor Notes, Mileage Reimbursement requests etc.) to your RM directly from the App

Upcoming New Features

- Messaging capabilities



How to:

- Download the app from the Apple or Google app store by following the links below or search for GBGO mygblclaim
- Click on "Register" link at the top of the home screen. Follow the instructions and create an account to start accessing information about your claim
- In case of questions do not hesitate to email or call-us using the links at the bottom of the home page

For Apple devices:



For Android Devices:



WHEN PEOPLE ARE EMPOWERED THEY CAN ACHIEVE AMAZING THINGS. THAT'S THE POWER OF GBGO.

GBGO®— Llevando la administración móvil de reclamos

En un mundo que sigue en movimiento, GB ofrece la mejor experiencia de reclamo posible tanto para clientes como para trabajadores lesionados. A través de GBGO®, una suite móvil que brinda una comunicación más rápida y mejor, GB mantiene a todas las partes involucradas a lo largo del proceso de reclamos y mejora en general la satisfacción con la experiencia del reclamo.

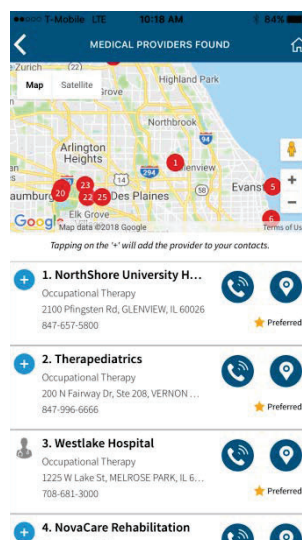
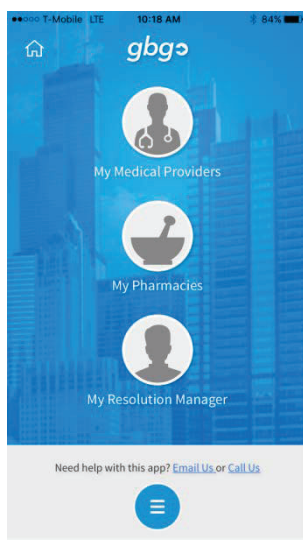
La aplicación GBGO MYGBCLAIM permite a los trabajadores lesionados gestionar su reclamo en cualquier momento y en cualquier lugar desde su teléfono inteligente Apple o Android. La aplicación es segura, fácil de usar y confiable. La siguiente es una lista de las funciones actualmente soportadas.

Funciones existentes

- GBGO® SMART bar - Acceder a mensajes personalizados, notificaciones, recordatorios, preguntas frecuentes y más.
- Pagos - Ver el historial de pago de prestaciones y recibir notificaciones relacionadas con las actualizaciones de pago.
- Citas Médicas - Ingrese su próxima cita con el médico y permita que la aplicación la rastree y le envíe un recordatorio.
- Tarjetas médicas - Acceda a las versiones digitales de la Tarjeta médica y la Tarjeta de la farmacia (Tarjeta Rx por sus siglas en Inglés) con 'un clic'.
- Conéctese con su Gerente de Resolución (RM por sus siglas en Inglés) - Por teléfono o envíe un correo electrónico a su GB RM con 'un clic'.
- Reporte la Alta de Regreso a Labores y solicite a su Gerente de Resolución (RM por sus siglas en Inglés) que actualice su información de contacto desde la aplicación.
- Preguntas frecuentes - Acceda a las respuestas a las preguntas frecuentes 24 x 7.
- Comentarios de la aplicación - Díganos lo que piensa.
- Experimente la aplicación en español

Nuevas funciones (serán liberadas el 14 de mayo)

- Acceso previo al reclamo - Acceda a su tarjeta de reconocimiento médico (MAC, por sus siglas en inglés) después de su llamada con la enfermera PC365.
- Contactos del Reclamo - Agregue, administre y acceda a los contactos del reclamo desde una pantalla - Gerente de Resolución, Proveedores y Farmacias. Llame u obtenga indicaciones sobre la ubicación del proveedor con un clic.
- Búsqueda de proveedores y farmacias - Busque un proveedor médico o farmacia preferida cerca de usted.
- Archivos Adjuntos - Envíe archivos adjuntos (notas del médico, solicitudes de reembolso de millas, etc.) a su Gerente de Resolución directamente desde la aplicación.



Cómo:

- Descargar la aplicación desde App Store o Google Play siguiendo los enlaces que se muestran en la parte inferior o busque GBGO® mygbclaim.
- Haga clic en el enlace "Registrarse" en la parte superior de la pantalla de inicio. Siga las instrucciones y cree una cuenta para comenzar a acceder a la información sobre su reclamo
- En caso de preguntas, no dude en enviarnos un correo electrónico o llamarnos usando los enlaces en la parte inferior de la página de inicio

Para dispositivos Apple:



Para dispositivos Android:



PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

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

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I choose to be treated by:

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

(street address, city, state, ZIP)

(telephone number)

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses:

Employee's Signature _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

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

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

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

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

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

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

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(name of chiropractor or acupuncturist)

(street address, city, state, zip code)

(telephone number)

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Employee's Signature _____ **Date:** _____

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.1.
(Optional DWC Form 9783.1 Effective date July 1, 2014)

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

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

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

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

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICOPERSONAL

Empleado: Rellene esta sección.

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

(nombre del médico)(M.D., D.O., o grupo médico)

(dirección, ciudad, estado, código postal)

(número de teléfono)

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

Dirección del Empleado:

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

Firma del
Empleado

Fecha:

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____

(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

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

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

§9783.1 Formulario 9783.1 de la DWC: Aviso de Quiropráctico Personal o Acupuntor Personal

NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

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

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

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

Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:

(Nombre del quiropráctico o acupuntor)

(Dirección, ciudad, estado, código postal)

(Número de teléfono)

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

Dirección del Empleado:

Firma del
Empleado

Fecha: _____

Título 8, Código de Reglamentos de California, sección 9783.1. (Formulario 9783.1 Opcional de la DWC Vigente a partir del 1 de julio, 2014)



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

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

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

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

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

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

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

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

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

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

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

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

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

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

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

Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

spouse and other relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

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

Resolving Problems or Disputes: You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at www.edd.ca.gov.

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

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

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

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

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

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

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

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

Resolviendo problemas o disputas: Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (*State Disability Insurance- SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

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

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

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



WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

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

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

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

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

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

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

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

Employee—complete this section and see note above

Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ☐ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ☐ Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico. Employee's e-mail. _____ Correo electrónico del empleado. _____
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

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

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

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

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

Time of Hire Notice

This notice, or a similar one that has been approved by the Administrative Director, must be given to all newly hired employees in the State of California. Employers and claims administrators may use the content of this document and put their logos and additional information on it. The content of this notice applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

WHAT IS WORKERS' COMPENSATION?

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

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

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your hand, back, or other part of your body from doing the same repeated motion or losing your hearing because of constant loud noise

—or—

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

Discrimination is illegal

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

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

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

WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical and occupational therapy and chiropractic care.



- **Temporary Disability (TD) benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary Disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work, or says your injury has improved as much as it's going to.
- **Permanent Disability (PD) benefits:** Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:
 - Your doctor's medical reports
 - Your age
 - Your occupation
- **Supplemental Job Displacement Benefits (SJDB):** This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job. You are eligible for this voucher if:
 - You have a permanent disability.
 - Your employer does not offer regular, modified, or alternative work, **within 60 days** after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.
- **Return-to-Work Supplemental Program (RTWSP):** For dates of injury after 1/1/2013, you may qualify for additional money from the Division of Workers' compensation program known as the Return-to-Work Supplement Program (RTWSP) if you received the Supplemental Job Displacement Voucher (SJDB). If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by calling 1-800-736-7401 or visit website: <https://www.dir.ca.gov/RTWSP/RTWSP.html>
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.



OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied, or have ended. There are time restrictions so for more information contact the local office of EDD or go to their web site www.edd.ca.gov.

Workers' compensation fraud is a crime

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

WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?

Report your injury to your employer

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

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

Address: _____

Phone: _____

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at www.caworkcompcoverage.com. If no coverage exists or coverage has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement at www.dir.ca.gov/DLSE as all employees must be covered by law.

Get emergency treatment if needed

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



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

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

Your employer must give you a [DWC 1 claim form](#) within one working day after learning about your injury or illness. Complete the employee portion, sign and give it back to your employer. Your employer will then file your claim with the claims administrator. Your employer must authorize treatment within **one working day** of receiving the **DWC 1 claim form**. If the injury is from repeated exposures, you have **one year** from when you realized your injury was job related to file a claim.

In either case, you may receive up to **\$10,000** in employer-paid medical care until your claim is either accepted or denied. The claims administrator has **up to 90 days** to decide whether to accept or deny your claim. Otherwise, your case is presumed payable. Your employer or the claims administrator will send you "benefit notices" that will advise you of the status of your claim.

MORE ABOUT MEDICAL CARE

What is a Primary Treating Physician (PTP)?

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

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

What is a Medical Provider Network (MPN)?

A MPN is a select group of health care providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using a MPN. If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using a MPN, you will see a MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

What is Predesignation?

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



You may predesignate a doctor if you have health care coverage for non-work injuries and illnesses. The doctor must have:

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

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

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. The term “chiropractic visit” means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management.

Exceptions to 24 visits include postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers’ Compensation’s Medical Treatment Utilization Schedule, or if your employer has authorized additional visits in writing.

WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

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

Contact the Division of Workers’ Compensation (DWC) Information and Assistance (I&A) Unit. All 24 DWC offices throughout the state provide information and assistance on rights, benefits and obligations under California’s workers’ compensation laws. I&A officers help resolve disputes without formal proceedings. Their goal is to get you full and timely benefits. Their services are free.

To contact the nearest I&A Unit, go to [https:// www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html](https://www.dir.ca.gov/dwc/ianda.html) or call **1-800-736-7401**.

The nearest I&A Unit is located at:

Address: _____

Phone number: _____



Consult with an attorney

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at **1-415-538-2120** or go visit their website at www.californiaspecialist.org. You may also get a list of attorneys from your local I&A Unit by calling **1-800-736-7401**.

Warning

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

Additional Rights

You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the California Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact California Civil Rights Department (CRD) at 1-800-884-1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at 1-800-669-4000.

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

Please visit the Division of Workers' Compensation website at: www.dwc.ca.gov or call 1-800-736-7401

Department of Industrial Relations
1515 Clay Street, 17th Floor
Oakland, CA 94612



PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

- on the date of your work injury you have health care coverage for injuries or illnesses that are not work related;
- the doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist, or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- your "personal physician" may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor's name and business address.

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

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer) If I have a work-related injury or illness, I
choose to be treated by: _____
(name of doctor)(M.D., D.O., or medical group)
_____ (street address, city, state, ZIP)
_____ (telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address: _____

Name of Insurance Company, Plan, or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses: _____

Employee's Signature _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

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

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

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

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

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule.

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

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

(name of chiropractor or acupuncturist)

(street address, city, state, zip code)

(Telephone number)

Employee Name (please print): _____

Employee's Address:

Employee's Signature _____ Date: _____

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.1.
(Optional DWC Form 9783.1 Effective date July 1, 2014)

To contact the nearest I&A Unit, go to www.dwc.ca.gov and under “workers’ compensation programs and units,” click on “Information & Assistance Unit.” At this site you will find fact sheets, guides and information to help you.

The nearest I&A Unit is located at:

Address: _____

Phone: _____

Consult with an attorney

Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fees may be taken out of some of your benefits. For names of workers’ compensation attorneys, call the State Bar of California at 415.538.2120 or go to their website at www.californiaspecialist.org. You may get a list of attorneys from your local I&A Unit or look in the yellow pages.

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

Additional rights: You may also have other rights under the Americans with Disabilities Act (ADA) or the Fair Employment and Housing Act (FEHA). For additional information, contact the California Civil Rights Department (CCR) at 800.884.1684 or the Equal Employment Opportunity Commission (EEOC) at 800.669.4000.

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

Revised 6/17/14 and effective for dates of injuries on or after 1/1/13.

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

- On the date of your work injury you have healthcare coverage for injuries or illnesses that are not work-related;
- The doctor is your regular physician, who shall be either a physician who has limited his or her practice of medicine to general practice or who is a board-certified or board-eligible internist, pediatrician, obstetrician-gynecologist or family practitioner, and has previously directed your medical treatment, and retains your medical records;
- Your “personal physician” may be a medical group if it is a single corporation or partnership composed of licensed doctors of medicine or osteopathy, which operates an integrated multispecialty medical group providing comprehensive medical services predominantly for nonoccupational illnesses and injuries;
- Prior to the injury your doctor agrees to treat you for work injuries or illnesses;
- Prior to the injury you provided your employer the following in writing: (1) notice that you want your personal doctor to treat you for a work-related injury or illness, and (2) your personal doctor’s name and business address.

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

Notice of Predesignation of Personal Physician

Employee: Complete this section.

To: _____ (name of employer)

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

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

(street address, city, state, ZIP)

(telephone number)

Employee’s Name (please print): _____

Employee’s Address: _____

Name of Insurance Company, Plan or Fund providing health coverage for nonoccupational injuries or illnesses: _____

Employee’s Signature: _____ Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

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

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

§9783.1. DWC FORM 9783.1 NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST.

Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist

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

NOTE: If your date of injury is January 1, 2004 or later, a chiropractor cannot be your treating physician after you have received 24 chiropractic visits unless your employer has authorized additional visits in writing. The term “chiropractic visit” means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. This prohibition shall not apply to visits for postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers compensation’s Medical Treatment Utilization Schedule.

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

Your Chiropractor or Acupuncturist’s Information

(NAME OF CHIROPRACTOR OR ACUPUNCTURIST)

(STREET ADDRESS, CITY, STATE, ZIP)

(TELEPHONE NUMBER)

EMPLOYEE NAME (PLEASE PRINT):

EMPLOYEE’S ADDRESS:

EMPLOYEE’S SIGNATURE:

DATE:



Time of Hire Pamphlet

This pamphlet, that has been approved by the Administrative Director, must be given to all newly hired employees in the State of California. The content of this pamphlet applies to all industrial injuries that occur on or after January 1, 2013.

What is workers’ compensation?

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

One event at work

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

Repeated exposures at work

Examples: hurting your wrist from using vibrating tools, losing your hearing because of constant loud noise.

Workplace crime

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

DISCRIMINATION IS ILLEGAL

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

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

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

WHAT SHOULD I DO IF I HAVE AN INJURY?

Report your injury to your employer

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

If you cannot report to the employer or don't hear from the claims administrator after you have reported your injury, contact the claims administrator yourself.

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

Name: _____

Address: _____

Phone: _____

You may be able to find the name of your employer's workers' compensation insurer at www.caworkcompcoverage.com. If no coverage exists or coverage has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement at www.dir.ca.gov/DLSE as all employees must be covered by law.

Get emergency treatment if needed

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

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

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

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

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

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

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

MORE ABOUT MEDICAL CARE

What is a Primary Treating Physician (PTP)?

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

- The doctor you name in writing *before* you get hurt on the job.
- A doctor from the medical provider network (MPN).

- The doctor chosen by your employer during the first 30 days of injury if your employer does not have an MPN.
- The doctor you chose after the first 30 days if your employer does not have an MPN.

What is a Medical Provider Network (MPN)?

An MPN is a select group of healthcare providers who treat injured workers. Check with your employer to see if they are using an MPN.

If you have not named a doctor before you get hurt and your employer is using an MPN, you will see an MPN doctor. After your first visit, you are free to choose another doctor from the MPN list.

What is Predesignation?

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

You may predesignate a doctor if you have healthcare coverage for non-work injuries and illnesses. The doctor must have:

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

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

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

With some exceptions, state law does not allow a chiropractor to continue as your treating physician after 24 visits. Once you have received 24 chiropractic visits, if you still require medical treatment, you will have to select a new physician who is not a chiropractor. The term "chiropractic visit" means any chiropractic office visit, regardless of whether the services performed involve chiropractic manipulation or are limited to evaluation and management.

Exceptions to the prohibition on a chiropractor continuing as your treating physician after 24 visits include postsurgical physical medicine visits prescribed by the surgeon, or physician designated by the surgeon, under the postsurgical component of the Division of Workers' Compensation's Medical Treatment Utilization Schedule, or if your employer has authorized additional visits in writing.

WHAT IF THERE IS A PROBLEM?

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

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

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

WHAT ARE THE BENEFITS?

- **Medical care:** Paid for by your employer to help you recover from an injury or illness caused by work. Doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests and x-rays are some of the medical services that may be provided. These services should be necessary to treat your injury. There are limits on some services such as physical and occupational therapy and chiropractic care.
- **Temporary disability benefits:** Payments if you lose wages because your injury prevents you from doing your usual job while recovering. The amount you may get is up to two-thirds of your wages. There are minimum and maximum payment limits set by state law. You will be paid every two weeks if you are eligible. For most injuries, payments may not exceed 104 weeks within five years from your date of injury. Temporary disability (TD) stops when you return to work, or when the doctor releases you for work or says your injury has improved as much as it's going to.
- **Permanent disability benefits:** Payments if you don't recover completely. You will be paid every two weeks if you are eligible. There are minimum and maximum weekly payment rates established by state law. The amount of payment is based on:
 - » Your doctor's medical reports.
 - » Your age.
 - » Your occupation.
- **Supplemental job displacement benefits:** This is a voucher for up to \$6,000 that you can use for retraining or skill enhancement at an approved school, books, tools, licenses or certification fees, or other resources to help you find a new job. You are eligible for this voucher if:
 - » You have a permanent disability.
 - » Your employer does not offer regular, modified or alternative work, within 60 days after the claims administrator receives a doctor's report saying you have made a maximum medical recovery.
- **Death benefits:** Payments to your spouse, children or other dependents if you die from a job injury or illness. The amount of payment is based on the number of dependents. The benefit is paid every two weeks at a rate of at least \$224 per week. In addition, workers' compensation provides a burial allowance.

OTHER BENEFITS

You may file a claim with the Employment Development Department (EDD) to get state disability benefits when workers' compensation benefits are delayed, denied or have ended. There are time restrictions so for more information, contact the local office of EDD or go to their website www.edd.ca.gov.

If your injury results in a permanent disability (PD) and the state determines that your PD benefit is disproportionately low compared to your earning loss, you may qualify for additional money from the Department of Industrial Relations' special earnings loss supplement program also known as the return to work program. If you have questions or think you qualify, contact the Information & Assistance Unit by going to www.dwc.ca.gov and looking under "workers' compensation programs and units" for the "Information & Assistance Unit" link or visit the DIR website at www.dir.ca.gov.

Workers' compensation fraud is a crime

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

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

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Consulte con un abogado

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus honorarios pueden ser restados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (State Bar Association) de California al **415.538.2120** o vaya a la página web en www.californiaspecialist.org. Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.

Advertencia: Puede ser que su empleador no pague beneficios de compensación de trabajadores si usted se lastima en una actividad voluntaria recreativa, social o **atlética fuera de su trabajo que no sea parte de sus deberes laborales.**

Derechos adicionales: Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidad es (Americans with Disabilities Act–ADA) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (Fair Employment and Housing Act–FEHA). Para información adicional, comuníquese con el **Departamento de Derechos Civiles de California (CCR)** al 800.884.1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (Equal Employment Opportunity Commission–EEOC) al 800.669.4000.

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

Revisado 6/17/14 y efectivo para fecha de lesiones durante o después del 1/1/13.

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

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

- En la fecha de su lesión usted tiene cobertura de atención médica para lesiones o enfermedades no laborales;
- El médico es su médico regular, 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 personal” puede ser un grupo médico si es una corporación o sociedad o asociación compuesta de doctores certificados en medicina u osteopatía, que opera un grupo médico multidisciplinario integrado que predominantemente proporciona amplios servicios médicos para lesiones y enfermedades no laborales;
- Antes de la lesión su médico está de acuerdo a proporcionarle tratamiento médico para su lesión o enfermedad laboral;
- Antes de la lesión usted le proporcionó a su empleador por escrito lo siguiente: (1) notificación de que quiere que su médico personal lo trate para una lesión o enfermedad de trabajo y (2) el nombre y dirección comercial de su médico personal.

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

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

Empleado: **Llene esta sección.**

A: _____ (nombre del empleador)

Si sufro una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de:

(nombre del médico)
(M.D., D.O., o grupo médico)

(dirección, ciudad, estado,
código postal)

(número de teléfono)

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

Dirección del Empleado: _____

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

Firma del Empleado: _____ Fecha: _____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

Firma: _____ Fecha: _____
(Médico o Empleado designado por el Médico o Grupo Médico)

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

AVISO DE QUIROPRACTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tienen una Red de Proveedores Médicos establecida, es posible que pueda cambiar su médico que lo atiende a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad laboral. Para tener derecho a hacer este cambio, usted debe entregarle por escrito a su empleador el nombre y la dirección comercial de un quiropráctico o acupunturista personal antes de la lesión o enfermedad. Generalmente, su administrador de reclamos tiene el derecho de elegir al médico que le proporcionará el tratamiento dentro de los primeros 30 días después de que su empleador sabe de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos haya iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, usted puede, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal.

AVISO: Si la fecha de su lesión es durante o después del 1 de enero, 2004, un quiropráctico no puede ser su médico que lo atiende después de que haya recibido 24 consultas quiroprácticas a no ser que su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. Esta prohibición no se aplicará a consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores.

Puede usar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal.

Información sobre su Quiropráctico o Acupunturista

(NOMBRE DEL QUIROPRACTICO O ACUPUNTURISTA)

(DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)

(NÚMERO DE TELÉFONO)

NOMBRE DEL EMPLEADO (EN LETRAS DE MOLDE, POR FAVOR): _____

DIRECCIÓN DEL EMPLEADO: _____

FIRMA DEL EMPLEADO: FECHA: _____



Un Folleto Para El Nuevo Empleado

Este folleto, ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser entregado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren durante o después del 1 de enero 2013.

¿Qué Es La Compensación De Trabajadores?

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

Un incidente en el trabajo	Exposiciones repetidas en el trabajo	Crimen en el lugar de trabajo
Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto químico que le salpique la piel, lesionarse en un accidente de tránsito mientras hace entregas.	Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audición debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.	Ejemplos: se lesiona en un robo de una tienda, físicamente atacado por un cliente disgustado.

LA DISCRIMINACIÓN ES ILEGAL

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

- Presenta un reclamo de compensación de trabajadores.
- Tiene la intención de presentar un reclamo de compensación de trabajadores.
- Finaliza un reclamo de compensación de trabajadores.
- Testifica o tiene la intención de testificar para otro trabajador lesionado.

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

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido

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

Si usted no puede informarle al empleador o no tiene noticias del administrador de reclamos después de haber reportado su lesión, comuníquese con el administrador de reclamos.

La compañía de seguro de compensación de trabajadores, o si el empleador está auto asegurado, la persona responsable por la administración del reclamo es:

Nombre: _____

Dirección: _____

Número de teléfono: _____

Quizás pueda encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en www.caworkcompcoverage.com. Si no hay cobertura o si la cobertura ha expirado, comuníquese con la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales en www.dir.ca.gov/DLSE ya que por ley, todos los empleados deben ser cubiertos.

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

Si es una emergencia médica, vaya a una sala de emergencia inmediatamente. Dígale al proveedor médico que le atiende que su lesión se relaciona a su trabajo. Su empleador puede decirle adónde ir para continuar con su tratamiento.

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

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

Su empleador debe entregarle un Formulario de reclamo DWC 1 dentro de un día laborable después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, fírmelo y regréselo a su empleador. Su empleador entonces presentará su reclamo al administrador de reclamos. Su empleador debe autorizar tratamiento dentro de un día laborable después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, usted tiene un año desde cuando sabe que su lesión se relaciona a su trabajo para presentar un reclamo. En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en atención médica pagada por su empleador hasta que se acepte o niegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. Si no, su caso se considera pagable.

Su empleador o administrador de reclamos le enviará “avisos de beneficios” que le informarán sobre el estado de su reclamo.

MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

¿Qué es un médico de cabecera que lo atiende (Primary Treating Physician–PTP)?

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

- El médico que usted denomina por escrito *antes* de lesionarse en el trabajo.
- Un médico de la red de proveedores médicos (Medical Provider Network–MPN).
- El médico escogido por su empleador durante los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN o.
- El médico que usted escogió después de los primeros 30 días después de su lesión si su empleador no tiene una MPN.

¿Qué es una red de proveedores médicos (Medical Provider Network–MPN)?

Una MPN es un grupo selecto de proveedores de atención médica que atienden a los trabajadores lesionados. Consulte con su empleador para ver si están usando una MPN.

Si usted no ha denominado a un médico antes de lesionarse y su empleador está usando una MPN, usted verá a un médico de la MPN. Después de su primera consulta, está libre para escoger otro médico de la lista de la MPN.

¿Qué es la designación previa?

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

Usted puede designar de antemano a un médico si tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no laborales. El médico debe de:

- Haberlo atendido a usted antes.
- Haber mantenido su expediente/historial médico antes de su lesión y.
- Haber aceptado atenderlo por una lesión o enfermedad laboral antes de que usted se lastima o enferma.

Usted puede usar el formulario “Designación previa de médico personal” incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para atenderlo por sus lesiones laborales. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito antes de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de entregárselo a su empleador.

Con algunas excepciones, la ley estatal no permite que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas. Una vez que haya recibido 24 consultas quiroprácticas, si aún necesita tratamiento médico, usted tendrá que escoger un nuevo médico que no sea quiropráctico. El término “consulta quiropráctica” significa cualquier consulta en un consultorio quiropráctica, sin importar si los servicios cumplidos conllevan manipulación quiropráctica o se limitan a evaluación y manejo.

Las excepciones a la prohibición a que un quiropráctico siga siendo su médico que lo atiende después de 24 consultas incluyen consultas por medicina física pos-quirúrgica prescrita por el cirujano o médico designado por el cirujano, bajo el componente pos-quirúrgico del Catálogo de Utilización de Tratamientos Médicos o MTUS de la División de Compensación de Trabajadores, o si su empleador ha autorizado consultas adicionales por escrito.

¿QUÉ PASA SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

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

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia (Information & Assistance–I&A) de la División de Compensación de Trabajadores (Division of Workers’ compensation–DWC)

Todas las 24 oficinas de la DWC a lo largo del estado proporcionan información y asistencia sobre derechos, beneficios y obligaciones de acuerdo a las leyes de compensación de trabajadores en California. Los oficiales de I&A ayudan a resolver disputas sin entablar juicio. Su meta es de conseguirle beneficios completos y a tiempo. Sus servicios son gratis.

Para comunicarse con la Unidad de I&A más cercana, vaya a www.dwc.ca.gov y bajo la sección “Workers’ compensation programs and units.” haga clic en el enlace “Information & Assistance Unit.” En este sitio encontrará hojas de información, guías e información para ayudarle.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagada por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Consultas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.
- **Beneficios por incapacidad temporal:** Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. El monto que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Le pagarán cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (Temporary Disability–TD) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado tanto como sea posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Le pagarán cada dos semanas si cumple las condiciones exigidas. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. El monto de pago está basada en:
 - » Los informes médicos de su doctor.
 - » Su edad.
 - » Su ocupación.
- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo:** Este es un vale de hasta \$6,000 que usted puede utilizar para pagar por entrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted tiene derecho a este vale si:
 - » Tiene una incapacidad permanente.
 - » Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.
- **Beneficios por Defunción:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. El monto del pago está basado en el número de dependientes. El beneficio se paga cada dos semanas en un monto de al menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona un subsidio para el entierro.

OTROS BENEFICIOS

Usted puede presentar un reclamo con el Departamento del Desarrollo de Empleo (Employment Development Department–EDD) para obtener beneficios de incapacidad estatal cuando se demoran, niegan o terminan los beneficios del programa de compensación de trabajadores. Hay plazos específicos así que para más información comuníquese con la oficina local del EDD o vaya a su sitio web en www.edd.ca.gov.

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de PD es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales (Department of Industrial Relations–DIR) también conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a www.dwc.ca.gov y busque el enlace “Information & Assistance Unit” bajo la sección Workers’ compensation programs & units” o visite la página web del DIR en www.dir.ca.gov.

El fraude de compensación de trabajadores es un crimen

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



Notice to Employees—Injuries Caused By Work

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

Benefits. Workers' compensation benefits include:

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

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

If You Get Hurt:

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

MPN website: www.talispoint.com/gb/gbmpn

MPN Effective Date: 7/1/2025 MPN Identification number: Gallagher Bassett Platinum-M MPN, #2471

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: 1-855-446-9021

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: 1-855-203-2845

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 Gallagher Bassett Services Phone 833-707-6338

Workers' compensation insurer Endurance Assurance Corp (Enter "self-insured" if appropriate)

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

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

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



Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

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

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

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

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

Si Usted se Lastima:

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

Página web de la MPN: www.talispoint.com/gb/gbmpn

Fecha de vigencia de la MPN: 7/1/2025 Número de identificación de la MPN: Gallagher Bassett Platinum-M MPN, #2471

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: 1-855-446-9021

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

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

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

Administrador de Reclamos Gallagher Bassett Services Teléfono 833-707-6338

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador Endurance Assurance Corp (Anoté "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en:

o llamando al número gratuito (800) 736-7401. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: www.dwc.ca.gov y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

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

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

State of California EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS		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		Please do not use this column
	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		CASE NUMBER
	4. NATURE OF BUSINESS: e.g., Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.		5. State unemployment insurance acct.no		OWNERSHIP
	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)	8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED AM PM	9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK AM PM	10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)	OCCUPATION
	11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? ☐ Yes ☐ No	12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)	13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)	14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX: 	SEX
	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)	AGE
	19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED. MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g., Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning				
	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)		20a. COUNTY	21. ON EMPLOYER'S PREMISES? ☐ Yes ☐ No	DAILY HOURS
22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Shipping department, machine shop.		23. Other Workers injured or ill in this event? ☐ Yes ☐ No		DAYS PER WEEK	
24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold				WEEKLY HOURS	
25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.				WEEKLY WAGE	
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				COUNTY	
27. Name and address of physician (number, street, city, zip)		27a. Phone Number		NATURE OF INJURY	
28. Hospitalized as an inpatient overnight? ☐ No ☐ Yes If yes then, name and address of hospital (number, street, city, zip)		28a. Phone Number		PART OF BODY	
		29. Employee treated in emergency room? ☐ Yes ☐ No		SOURCE	
ATTENTION This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2. Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2*.					
30. EMPLOYEE NAME		31. SOCIAL SECURITY NUMBER	32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)		EVENT
33. HOME ADDRESS (Number, Street, City, Zip)		33a. PHONE NUMBER		SECONDARY SOURCE	
34. SEX ☐ Male ☐ Female	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)		36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)		EXTENT OF INJURY
37. EMPLOYEE USUALLY WORKS hours per day, days per week, total weekly hours		37a. EMPLOYMENT STATUS ☐ regular, full-time ☐ part-time ☐ temporary ☐ seasonal		37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED	
38. GROSS WAGES/SALARY \$ per		39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGES/SALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? ☐ Yes ☐ No			
Completed By (type or print)		Signature & Title		Date (mm/dd/yy)	

* Confidential information may be disclosed only to the employee, former employee, or their personal representative (CCR Title 8 14300.35), to others for the purpose of processing a workers' compensation or other insurance claim; and under certain circumstances to a public health or law enforcement agency or to a consultant hired by the employer (CCR Title 8 14300.30). CCR Title 8 14300.40 requires provision upon request to certain state and federal workplace safety agencies.

Important Information about Medical Care if You Have a Work-Related Injury or Illness

Complete Written Employee Notification Re: Medical Provider Network

(Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). Your employer is using the Gallagher Bassett Platinum-M MPN and the MPN Identification Number is 2471. This MPN is administered by Coventry and Gallagher Bassett Services, Inc. (GB). This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in obtaining medical care for work-related injuries and illnesses.

- **What is a MPN?**

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

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

Your MPN Contact is:

Gallagher Bassett California Medical Provider Network/Managed Care Services

Address: 2850 Golf Road, Rolling Meadows, IL 60008-4050

Telephone Number: 1-855-203-2845

Please have your MPN name, and the MPN Identification Number when calling 1-855-203-2845. This toll free number line is available Monday through Saturday, 7:00 am to 8:00 pm pacific time.

The MPN Contact listed in this notification will be able to answer your questions about the MPN, will address any complaints regarding the MPN, and will help you obtain a regional list of all MPN doctors in your area. At minimum, the regional listing must include a list of all MPN providers within 30 minutes or 15 miles of your workplace and/or residence or a list of all MPN providers within the county where you live and/or work. You may choose which list you wish to receive.

You can get the list of MPN providers by calling the MPN Contact or by going to our website at www.talispoin.com/cvty/gbmpn . The website contains information about the MPN and a roster of all treating physician in the MPN. You may also locate a MPN doctor by calling Gallagher Bassett Managed Care Services at 1-855-203-2845. You also have the right to a complete listing of all of the MPN providers upon request.

To locate a pharmacy that is most convenient for you, please contact myMatrixx at

1-844-276-2515. You may locate a pharmacy by going to our website at www.mymatrixx.com . On our website you will see PHARMACY SEARCH. Just enter your zip code and a pharmacy listing will display.

Your Medical Access Assistant

Telephone Number: 1-855-446-9021

Fax Number: 1-630-228-6077

Email Address: GB-CAMPN-Contact@gbtpa.com

The Gallagher Bassett Medical Provider Network Medical Access Assistant is available Monday through Saturday, 7:00 am to 8:00 pm pacific time. The Medical Access Assistant will assist you to find and schedule appointments with available physicians, and to schedule subsequent appointments. Please have your MPN name, and the MPN Identification Number when calling 1-855-446-9021. Assistance is available in English

and Spanish.

- **What happens if I get injured at work?**

In case of an emergency, you should call 911 or go to the closest emergency room.

If you are injured at work, notify your employer as soon as possible. Your employer will provide you with a claim form. When you notify your employer that you have had a work-related injury, your employer or Gallagher Bassett will make an initial appointment with a doctor in the MPN.

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

Your employer or the insurer for your employer will arrange the initial medical evaluation with a MPN physician. After the first medical visit, you may continue to be treated by that doctor, or you may choose another doctor from the MPN. You may continue to choose doctors within the MPN for all of your medical care for this injury.

If appropriate, you may choose a specialist or ask your treating doctor for a referral to a specialist. Some specialists will only accept appointments with a referral from the treating doctor. Such specialist might be listed as "by referral only" in your MPN directory.

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

- **Can I change providers?**

Yes. You can change providers within the MPN for any reason, but the providers you choose should be appropriate to treat your injury. Contact the MPN Contact or your claims adjuster if you want to change your treating physician.

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

The MPN has providers **for the entire state of California.**

The MPN must give you access to a regional list of providers that includes at least three physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The MPN must provide access to primary treating physicians within 30 minutes or 15 miles and specialists within 60 minutes or 30 miles of where you work or live.

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

After you have notified your employer of your injury, the MPN must provide initial treatment within 3 business days. If treatment with a specialist has been authorized, the appointment with the specialist must be provided to you within 20 business days of your request.

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

If there are no MPN providers in the appropriate specialty available to treat your injury within the distance and timeframe requirements, then you will be allowed to seek the necessary treatment outside of the MPN.

The MPN also offers telehealth appointments if you choose to consent to telehealth services and it is determined by qualified medical personnel that a telehealth appointment is appropriate to treat your type of injury. Telehealth appointments are voluntary, and you must provide verbal or written consent if you would like a telehealth appointment. Your consent is required prior to delivery of the telehealth treatment and must be documented in your medical record, pursuant to Business and Professions Codes section 2290.5(b). The telehealth evaluation/examination will be done by a California licensed physician within his or her scope

of practice and meets the same standard of care as a face to face medical evaluation/examination including all necessary medical record documentation requirements and privacy standards. If you choose to consent to telehealth services, the telehealth physician will be counted when determining if the MPN has met access standards. If you do not consent or retract your consent to telehealth services prior to telehealth treatment, the telehealth physician will not be counted when determining if an MPN has met access standards.

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

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

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

If you need to see a type of specialist that is not available in the MPN, you have the right to see a specialist outside of the MPN.

- **What if I disagree with my doctor about medical treatment?**

If you disagree with your doctor or wish to change your doctor for any reason, you may choose another doctor within the MPN.

If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by your doctor, you may ask for a second opinion from another doctor within the MPN. If you want a second opinion, you must contact the MPN contact or your claims adjuster and tell them you want a second opinion. The MPN should give you at least a regional or full MPN provider list from which you can choose a second opinion doctor. To get a second opinion, you must choose a doctor from the MPN list and make an appointment within 60 days. You must tell the MPN Contact of your appointment date, and the MPN will send the doctor a copy of your medical records. You can request a copy of your medical records that will be sent to the doctor.

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

If the second-opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the doctor's office will notify your employer or insurer and you. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.

If you disagree with the second opinion, you may ask for a third opinion. If you request a third opinion, you will go through the same process you went through for the second opinion.

Remember that if you do not make an appointment within 60 days of obtaining another MPN provider list, then you will not be allowed to have a third opinion with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician.

If you disagree with the third-opinion doctor, you may ask for an MPN Independent Medical Review (IMR). Your employer or MPN Contact will give you information on requesting an Independent Medical Review and a form at the time you select a third-opinion physician.

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

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

Your employer or insurer has a “*Transfer of Care*” policy which will determine if you can continue being temporarily treated for an existing work-related injury by a physician outside of the MPN before your care is transferred into the MPN.

If your current doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see a MPN physician. However, if you have properly predesignated a primary treating physician, you cannot be transferred into the MPN. (If you have questions about predesignation, ask your supervisor.)

If your employer decides to transfer you into the MPN, you and your primary treating physician must receive a letter notifying you of the transfer.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with a non-MPN physician for up to a year before you are transferred into the MPN. The qualifying conditions to postpone the transfer of your care into the MPN are set forth in the box below.

Can I Continue Being Treated By My Doctor?

You may qualify for continuing treatment with your non-MPN provider (through transfer of care or continuity of care) for up to a year if your injury or illness meets any of the following conditions:

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

You can disagree with your employer’s decision to transfer your care into the MPN. If you don’t want to be transferred into the MPN, ask your primary treating physician for a medical report on whether you have one of the four conditions stated above to qualify for a postponement of your transfer into the MPN.

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

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care. If you or your employer disagrees with your doctor’s report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Transfer of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the Transfer of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

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

Your employer or insurer has a written “*Continuity of Care*” policy that will determine whether you can temporarily continue treatment for an existing work injury with your doctor if your doctor is no longer participating in the MPN.

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

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

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

Your primary treating physician has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her medical report on your condition. If your primary treating physician does not give you the report within 20 days of your request, your employer’s decision to deny you Continuity of Care with your doctor who is no longer participating in the MPN will apply, and you will be required to choose a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the selection of another MPN doctor for your continued treatment. If you or your employer disagrees with your doctor’s report on your condition, you or your employer can dispute it. See the complete Continuity of Care policy for more details on the dispute resolution process.

For a copy of the Continuity of Care policy, in English or Spanish, ask your MPN Contact.

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

- **MPN Contact:** You may always contact the MPN Contact if you have questions about the use of the MPN and to address any complaints regarding the MPN.
- **Medical Access Assistants:** You can contact the Medical Access Assistant if you need help finding MPN physicians and scheduling and confirming appointments.
- **Division of Workers’ Compensation (DWC):** If you have concerns, complaints or questions regarding the MPN, the notification process, or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call the DWC’s Information and Assistance office at 1-800-736-7401. You can also go to the DWC’s website at www.dir.ca.gov/dwc and click on “medical provider networks” for more information about MPNs.
- **Independent Medical Review:** If you have questions about the MPN Independent Medical Review process contact the Division of Workers’ Compensation’s Medical Unit at:
DWC Medical Unit
P.O. Box 71010
Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 or (800) 794-6900

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

Información importante sobre atención médica en caso de lesión o enfermedad relacionada con el trabajo

Comunicación escrita completa para el empleado - Ref: Red de Proveedores Médicos (Artículo 9767.12 del Código Regulatorio de California, Título 8)

La legislación de California establece que su empleador debe proporcionarle y pagarle la atención médica para el tratamiento de cualquier lesión sufrida en el trabajo. Su empleador optó por brindar dicha atención médica a través de un programa de indemnización del trabajador, denominado Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Su empleador está utilizando la MPN Gallagher Bassett Platinum-M y el número de identificación de la MPN es 2471. Esta MPN está administrada por Coventry y Gallagher Bassett Services, Inc. (GB). Este aviso contiene la información que necesita sobre el programa MPN y describe su derecho a recibir tratamiento médico para sus lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo.

- **¿Qué es una MPN?**

Una Red de Abastecedor Médica (MPN) es el grupo de abastecedores de asistencia médica (médicos y otros abastecedores médicos) usado por su patrón para tratar a trabajadores heridos en el trabajo. Cada MPN debe incluir una mezcla de doctores que se especializan en heridas relacionadas con el trabajo y doctores con la maestría en áreas generales de la medicina.

- **¿Cómo averiguo qué médicos pertenecen a mi red MPN?**

Su contacto de la MPN es:

Gallagher Bassett California Medical Provider Network/Managed Care Services

Dirección: 2850 Golf Road, Rolling Meadows, IL 60008-4050

Número de teléfono: 1-855-203-2845

Por favor tenga a mano el nombre de la MPN y el número de identificación de la MPN cuando llame al 1-855-203-2845. Esta línea gratuita está disponible de lunes a sábado de 7:00 am a 8:00 pm Horario del Pacífico.

Los contactos de la red MPN que figuran en este aviso podrán responder sus preguntas sobre la MPN, recibirán cualquier queja que presente sobre la MPN y lo ayudarán a obtener una lista regional de todos los médicos de la MPN de su zona. Como mínimo, la lista regional debe incluir a todos los proveedores de la MPN que se encuentren dentro de un radio de 30 minutos o 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia o una lista de todos los proveedores de la red MPN del condado en el que vive y/o trabaja. Usted puede elegir qué lista desea recibir.

Puede obtener una lista de los proveedores de la red MPN llamando por teléfono a las personas de contacto de la MPN o visitando el sitio Web www.talispoint.com/cvty/gbmpn. El sitio web contiene información sobre la MPN y una lista de todos los médicos tratantes de la MPN. También puede ubicar a un médico de la MPN llamando a Gallagher Bassett Managed Care Services al 1-855-203-2845. También tiene derecho a recibir un listado completo de todos los proveedores de la MPN cuando lo solicite.

Para buscar la farmacia más conveniente para usted, por favor llame a myMatrixx at 1-844-276-2515. Puede encontrar una farmacia visitando nuestra página Web www.mymatrixx.com . En

la página web verá BÚSQUEDA DE FARMACIA (PHARMACY SEARCH). Sólo debe ingresar su código postal y se desplegará una lista de farmacias.

Su Asistente para el Acceso a Servicios Médicos

Número de teléfono: 1-855-446-9021

Fax: 1-630-228-6077

Dirección de correo electrónico: GB-CAMPN-Contact@gbtpa.com

El Asistente para el Acceso a Servicios Médicos de Gallagher Bassett está disponible de lunes a sábados de 7:00 am a 8:00 pm Horario del Pacífico. El Asistente para el Acceso a Servicios Médicos lo asistirá para encontrar y programar citas con los médicos disponibles y para programar las siguientes citas. Por favor tenga a mano el nombre de la MPN y el número de identificación de la MPN cuando llame al 1-855-446-9021. Hay asistencia disponible en inglés y en español.

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

En caso de una emergencia, debe llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más próxima.

Si usted se lesiona en el trabajo, notifique a su empleador lo antes posible. Su empleador le entregará un formulario de reclamo. Cuando usted notifica a su empleador que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo, su empleador o Gallagher Bassett acordarán una primera cita con un médico de la MPN.

- **¿Cómo elijo un proveedor?**

Su empleador o la aseguradora de su empleador coordinará la evaluación médica inicial con un médico de la MPN. Después de la primera visita médica, puede continuar el tratamiento con el mismo médico o puede elegir a otro profesional **de la red MPN**. Usted podrá cambiar de médico dentro de la red MPN cada vez que lo desee durante el tratamiento de la lesión.

Si corresponde, puede consultar a un especialista o pedirle a su médico tratante una remisión para ver a un especialista. Algunos especialistas sólo aceptarán citas con una remisión del médico tratante. Estos especialistas pueden figurar en la lista con la leyenda “sólo con remisión” en su directorio de la MPN.

Si necesita asistencia para encontrar un médico o programar una cita médica, puede llamar al Asistente para el Acceso a Servicios Médicos.

- **¿Puedo cambiar de proveedores?**

Sí. Puede cambiar de proveedores dentro de la red MPN siempre que lo desee, pero los proveedores que elija deben ser idóneos para tratar su lesión. Contáctese con el Contacto de la MPN o con su ajustador de reclamos si desea cambiar de médico tratante.

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

La red MPN tiene proveedores **para todo el estado de California.**

La MPN debe proporcionarle una lista regional de proveedores que incluya por lo menos tres médicos de cada una de las especialidades más comunes en el tratamiento de lesiones/enfermedades laborales frecuentes en su industria. La MPN debe brindar acceso a un médico primario tratante dentro de los 30 minutos o 15 millas y a especialistas dentro de los 60 minutos o 30 millas del lugar donde usted vive o trabaja.

Si usted vive en una zona rural o en una zona en la que hay escasez de atención de salud, es posible que se apliquen otros estándares.

Una vez que usted ha notificado a su empleador de su lesión, la MPN debe proporcionar tratamiento inicial dentro de los 3 días hábiles. Si se ha autorizado el tratamiento con un especialista, se le debe asignar la cita con el especialista dentro de los 20 días hábiles desde su solicitud.

Si tiene problemas para obtener una cita con un proveedor de la MPN, póngase en contacto con el Asistente para el Acceso a Servicios Médicos.

Si no hay proveedores de la MPN disponibles en la especialidad apropiada para tratar su lesión dentro de los plazos y distancias requeridos, se le permitirá procurar el tratamiento necesario fuera de MPN.

La MPN también ofrece consultas de telesalud, para lo cual usted debe optar por dar su consentimiento para los servicios de telesalud y personal médico calificado debe determinar que una consulta de telesalud es adecuada para tratar su tipo de lesión. Las consultas de telesalud son voluntarias, y usted debe dar su consentimiento por escrito si desea hacer una consulta de telesalud. Es necesario que usted dé su consentimiento para poder proceder al tratamiento de telesalud y su consentimiento deberá estar documentado en su historia clínica, según lo dispuesto en el Código Comercial y Profesional, artículo 2290.5(b). La evaluación/examen de telesalud estará a cargo de un médico con licencia de California dentro de su campo de especialidad, y debe cumplir con los mismos estándares de cuidado que la evaluación/examen presencial y cumplir con todos los requisitos de documentación y normas de privacidad. Si usted opta por dar su consentimiento para los servicios de telesalud, se tomará en cuenta al médico que lo atiende por telesalud a los fines de determinar si la MPN ha cumplido con los estándares de accesibilidad. Si usted no da su consentimiento para los servicios de telesalud o los retira con anterioridad al tratamiento de telesalud, no se tomará en cuenta al médico de telesalud para determinar si la MPN ha cumplido con los estándares de accesibilidad.

- **¿Qué sucede si no hay proveedores de la red MPN en mi lugar de residencia?**

Si usted vive o trabaja temporalmente fuera de un área de servicios de la red MPN o vive en una zona rural o si es un ex-empleado que reside permanentemente fuera del área de servicios de la red MPN, la red MPN o su médico tratante le proporcionarán una lista de al menos tres médicos que puedan realizarle el tratamiento. La red MPN también puede autorizarlo a elegir su propio médico fuera de la red MPN. Contacte a la persona de contacto de la red MPN para recibir ayuda para buscar un médico o para obtener información adicional.

- **¿Qué sucede si mi lesión requiere una especialidad que no figura en la red MPN?**

Si necesita un especialista que no está disponible a través de la red MPN, usted tiene derecho a consultar a un especialista fuera la red.

- **¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con mi médico en cuanto al tratamiento?**

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

Si no está de acuerdo con el **diagnóstico o con el tratamiento** prescrito por su médico, puede solicitar una segunda opinión de otro médico de la red MPN. Si desea una **segunda opinión**, debe comunicarse con el contacto de la MPN o con su ajustador de reclamos y comunicarles que desea una segunda opinión. La red MPN deberá entregarle una lista de proveedores MPN regionales o una lista completa de la que usted podrá elegir un médico para obtener una segunda opinión. Para recibir una segunda opinión, debe elegir un médico de la lista de la MPN y concertar una cita dentro de los 60 días. Debe informarle a su contacto de la MPN la fecha de su cita y la red MPN le enviará al médico una copia de su historia clínica. Si usted lo desea, puede solicitar una copia de la historia clínica que se le enviará al médico.

Si no programa una cita dentro de los 60 días de recibir la lista de proveedores regionales, ya no podrá pedir una segunda o tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento de su médico tratante que se encuentra en discusión.

Si el médico al que se le pidió la segunda opinión considera que su lesión no está comprendida en el tipo de lesiones que normalmente atiende, el consultorio del médico se lo informará oportunamente a su empleador o aseguradora y a usted. Usted recibirá otra lista de médicos o especialistas de la red MPN para que pueda volver a elegir.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede pedir una tercera opinión. Si solicita una tercera opinión, deberá realizar el mismo trámite que realizó para obtener la segunda opinión.

Recuerde que si no programa una cita dentro de los 60 días de recibir otra lista de proveedores de la MPN, ya no podrá a pedir una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento de su médico tratante que se encuentra en discusión.

Si no está de acuerdo con la tercera opinión, puede solicitar una **Revisión Médica Independiente (IMR) de la MPN**. Su empleador o persona de contacto de la MPN le facilitará la información necesaria para solicitar una Revisión Médica Independiente y un formulario cuando solicite una tercera opinión.

Si el médico que dio la segunda o la tercera opinión o el Revisor Médico Independiente están de acuerdo en lo que usted necesita en términos de tratamiento o estudios, se le puede permitir recibir ese servicio médico de un proveedor de la red MPN o si la MPN no tiene un médico que pueda proporcionar el tratamiento recomendado, puede elegir un médico de fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable.

- **¿Qué sucede si ya estoy recibiendo tratamiento por una lesión laboral antes de que se habilite la cobertura de la red MPN?**

Su empleador o aseguradora cuenta con una política de "*Transferencia de cuidados*" que determinará si usted puede continuar temporalmente el tratamiento de una lesión de trabajo con un médico que no pertenece a la red MPN antes de transferir la atención a la red MPN.

Si su médico actual no pertenece a la red MPN o no ingresa a la red, es posible que usted deba consultar a un médico de la red MPN. No obstante, si usted ha predesignado correctamente a un médico tratante primario, no podrá ser transferido a la red MPN. (Si tiene preguntas sobre la predesignación, consulte a su supervisor).

Si su empleador decide transferirlo a la red MPN, usted y su médico tratante primario deben recibir un aviso de la transferencia.

Si usted reúne determinados requisitos, podrá continuar el tratamiento con un médico que no pertenece a la red MPN durante un máximo de un año antes de ser transferido a la red MPN. En el recuadro que aparece a continuación encontrará cuáles son las condiciones requeridas para posponer la transferencia de su atención de salud a la red MPN.

¿Puedo seguir tratándome con mi médico?

Es posible que usted pueda seguir tratándose con un proveedor que no pertenezca a la red MPN (por la política de transferencia de cuidados o continuidad de cuidados) durante un máximo de un año si su lesión o enfermedad se encuadra dentro de **alguna** de las condiciones siguientes:

- **(Agudo):** el tratamiento de su lesión o enfermedad se completará en menos de 90 días;
- **(Grave o crónico):** su lesión o enfermedad es grave y se prolonga durante 90 días por lo menos, sin que se cure por completo o se agrava y requiere tratamiento continuo. Es posible que usted obtenga autorización para seguir el tratamiento con su médico tratante actual hasta que se pueda hacer una transferencia segura del cuidado.
- **(Terminal):** usted tiene una enfermedad incurable o un cuadro irreversible con probabilidad de causarle la muerte dentro de un año o menos.
- **(Pendiente de cirugía) :** su empleador o aseguradora ya ha autorizado la realización de una cirugía u otra práctica que tendrá lugar dentro de los 180 días de la fecha efectiva de la red MPN o de la fecha de terminación del contrato entre la MPN y su médico.

Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador de transferir su tratamiento a la red MPN. Si usted no quiere ser transferido a la red MPN, solicite a su médico tratante primario un informe médico que indique que usted está comprendido en alguno de los cuatro cuadros especificados arriba para poder calificar para un aplazamiento de su transferencia a la red MPN.

Su médico tratante primario tiene 20 días a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del informe de su estado de salud. Si su médico tratante primario no le entrega el informe dentro de los 20 días de su pedido, el empleador podrá transferir sus cuidados de salud a la red MPN y usted deberá utilizar los servicios de un médico de la red.

Usted deberá entregar una copia del informe a su empleador si desea aplazar la transferencia de sus cuidados de salud. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el informe del médico sobre su estado de salud, usted o su empleador pueden objetarlo. Ver más detalles sobre el proceso de resolución de disputas en la política completa sobre Transferencia de cuidados.

Puede obtener una copia completa de la política de Transferencia de cuidados en inglés o en español a través de su persona de contacto de la red MPN.

- ***¿Qué sucede si estoy en tratamiento con un médico de la red MPN que desea dejar de pertenecer a la red?***

Su empleador o la aseguradora tienen una política escrita de "*Continuidad del cuidado*" que determinará si usted puede continuar temporalmente el tratamiento de su lesión laboral con su médico si éste deja de pertenecer a la red MPN.

Si su empleador decide que usted no reúne los requisitos para continuar con su tratamiento médico con el proveedor que no pertenece a la red MPN, usted y su médico tratante primario deben recibir una carta comunicándoles esta decisión.

Si usted está comprendido en ciertas condiciones de salud, puede calificar para continuar el tratamiento con este médico durante un máximo de un año antes de que deba empezar a atenderse con un médico de la red MPN. Estas condiciones de salud se detallan en el cuadro anterior: ***“¿Puedo seguir tratándome con mi médico?”***

Usted puede no estar de acuerdo con la decisión de su empleador de denegar su solicitud de continuidad de cuidados con un proveedor que deja de pertenecer a la red MPN. Si usted quiere continuar tratándose con un médico que termina su relación laboral, pídale a su médico tratante primario un informe médico en el que se señale que usted está comprendido en alguno de los cuatro cuadros especificados anteriormente para ver si usted reúne los requisitos para seguir tratándose temporalmente con su médico actual.

Su médico tratante primario tiene 20 días a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del informe médico de su estado de salud. Si su médico tratante primario no le entrega el informe dentro de los 20 días de su solicitud, se dará por válida la decisión de su empleador de denegarle la Continuidad de cuidados con su médico que ya no participa de la MPN y usted deberá elegir un médico de la MPN.

Usted deberá entregar una copia del informe a su empleador si desea aplazar la transferencia de sus cuidados de salud a un proveedor de la red MPN. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el informe del médico sobre su estado de salud, usted o su empleador pueden objetarlo. Para obtener más información sobre el procedimiento de resolución de disputas, consulte la política completa sobre Continuidad de cuidados.

Puede obtener una copia completa de la política de Continuidad de cuidados en inglés o en español a través de su persona de contacto de la red MPN.

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

- **Contacto de la MPN:** Siempre puede contactarse con su persona de Contacto de la MPN si tiene preguntas sobre el uso de la MPN y sobre cómo presentar quejas sobre la MPN.
- **Asistente para el Acceso a Servicios Médicos:** Puede contactarse con el Asistente para el Acceso a Servicios Médicos si necesita ayuda para encontrar médicos de la MPN y programar y confirmar citas.
- **División de Indemnización del Trabajador (DWC):** Si tiene alguna duda, queja o pregunta relacionada con la red MPN, el proceso de notificación o su tratamiento médico por lesión o enfermedad laboral, puede llamar al Centro de Información y Ayuda de la división DWC al 1-800-736-7401. También puede visitar el sitio de la DWC www.dir.ca.gov/dwc y hacer clic en “redes de proveedores médicos” para recibir más información sobre las redes MPN.
- **Revisión Médica Independiente:** Si tiene preguntas sobre el proceso de Revisión Médica Independiente, escriba a la Unidad Médica de la División de Indemnización del Trabajador:
DWC Medical Unit
P.O. Box 71010
Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 ó (800) 794-6900

Conserve esta información para utilizarla en caso de lesión o enfermedad laboral.