



American Claims Management  
P.O. Box 85251  
San Diego, CA 92186-5251

Innovative Solutions.  
Exceptional Results.

Dear Policyholder,

You have purchased Workers' Compensation Insurance through Arrowhead General Insurance Agency. Your carrier has partnered with American Claims Management (ACM), a subsidiary of Arrowhead General Agency, to provide you with workers' compensation claims services. It is our goal to make your transition to ACM as smooth and seamless as possible and to provide claim services that are in-sync with the intricacies of your business. Attached please find your introductory claims kit. This package includes directions on how to file a claim in the event that an injury occurs, as well as how to implement the Medical Provider Network (MPN) for your employees.

For your convenience, all forms are available online at our website, [www.ACMClaims.com](http://www.ACMClaims.com). On ACM's home page, navigate to the Policy Holder tab on the right hand side of the screen. Select Workers' Compensation as the Line of Business and you will then be directed to the Workers' Compensation site. Select Forms. There the Policy Holder Kit and other useful forms such as the Claims Form (DWC1) will be available to save or print.

In addition, the Medical Provider Network can be found online at our website, [www.ACMClaims.com](http://www.ACMClaims.com). From the Workers' Compensation site, select Medical Provider Network (MPN). By clicking on the appropriate network, you will be able to find a MPN facility or doctor close to your business or employee's home to send your employee to seek care.

ACM will work together with you to make sure that you have all the information you need to communicate this change to your employees. Let me know if you have any questions or need any further information.

We look forward to helping you manage your workers' compensation program.

Regards,

American Claims Management Inc.



## *How to Report a Work-Related Injury*

When an employee has been injured at work, how do you take control of the situation?

*Follow these **three easy steps** to immediately file your claim.*

If the event is a medical emergency, seek immediate care for the employee from the nearest emergency medical provider or facility. For non emergencies your Medical Provider Network is the American Claims Management MPN. You can access the medical provider network for your injured employees by going to our website at [www.ACMClaims.com](http://www.ACMClaims.com) or call the MPN Help Desk at (866) 671-5042.

### **1. Get The Facts**

Find out as much as you can about the injury and obtain the employee's personnel file whenever possible.

### **2. Gather All Supporting Information**

Obtain as much supplemental information as you can before you report the claim

- Name, Address, Phone
- Date of Birth
- Social Security Number
- Date of Hire
- Wage Information

### **3. Report the Claim Immediately**

Don't delay in calling because you don't have all the information. Timely reporting is essential. You can gather and report any missing information at a later date.

## **Report a Claim 24 hrs/7 days**

**Online: [ACMClaims.com](http://ACMClaims.com) (*Preferred*)**

**Phone: # 866-671-5042**

**Fax: # 619-744-5030**

**Email: [ReportaClaim@ACMClaims.com](mailto:ReportaClaim@ACMClaims.com)**

### **Distribute to the Injured Employee at Time of Injury:**

- **Form DWC-1**
- **Facts About Workers Compensation**
- **Initial Written Employee Notification Re: MPN**



---

## Helpful Contact Information

### **How to Report a Claim:**

Via Phone - #866-671-5042

Via Fax - #619-744-5030

Via Email - [Reportaclaim@acmclaims.com](mailto:Reportaclaim@acmclaims.com)

Via Internet - [www.acmclaims.com](http://www.acmclaims.com)

### **How to Request a Claims Kit:**

Email - [wcinfo@acmclaims.com](mailto:wcinfo@acmclaims.com)

### **Medical Provider Network (MPN) Information:**

MPN Provider Search: [www.ACMClaims.com](http://www.ACMClaims.com)

MPN Help Desk: [MPN@MarqueeMCS.com](mailto:MPN@MarqueeMCS.com)

### **Additional Inquiries:**

Bill Review Help Desk: [billreview@acmclaims.com](mailto:billreview@acmclaims.com)

Loss Run Requests: [lrr@arrowheadgrp.com](mailto:lrr@arrowheadgrp.com)

General Questions: [wcinfo@acmclaims.com](mailto:wcinfo@acmclaims.com)

### **ACM's Mailing Address:**

PO Box 85251

San Diego, CA 92186

### **ACM's Contact Numbers:**

Toll Free Number: 866-671-5042

Fax Number: 619-744-5030



## 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](http://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](http://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](http://www.californiaspecialist.org).

**Learn More About Workers' Compensation:** For more information about the workers' compensation claims process, go to [www.dwc.ca.gov](http://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- SJDDB):** 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 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 despida 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](http://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](http://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](http://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](http://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.

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

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

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.

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.* \_\_\_\_\_  
**AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT - P.O. BOX 85251 SAN DIEGO, CA 92186**
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

State of California <b>EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS</b>		Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:		OSHA CASE NO.			
				FATALITY <input type="checkbox"/>			
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 <b>five days</b> of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident <b>OR</b> 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 <b>five days</b> of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be <b>reported immediately</b> 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 CASE NUMBER OWNERSHIP	
	2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)			2a. Phone Number			
	3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)			3a. Location Code			
	4. NATURE OF BUSINESS; e.g.. Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.			5. State unemployment insurance acct.no			
INJURY	6. TYPE OF EMPLOYER: Private                      State                      County                      City                      School District <input type="checkbox"/> Other Gov't, Specify: _____			INDUSTRY			
	7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)		8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____ AM _____ PM		9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____ AM _____ PM		
	10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)		11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? Yes                      No		12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)		
	13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)		14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX:		15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? Yes                      No		
OR	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 FORM (mm/dd/yy)		
	19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning					AGE	
	20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)			20a. COUNTY		21. ON EMPLOYER'S PREMISES? Yes                      No	
	22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.			23. Other Workers injured or ill in this event? Yes                      No			
ILLNESSES	24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold					DAILY HOURS	
	25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.					DAYS PER WEEK	
	26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURY/ILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY					WEEKLY HOURS	
						WEEKLY WAGE	
					COUNTY		
					NATURE OF INJURY		
					PART OF BODY		
<b>ATTENTION</b> 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*.							
					SOURCE		
					EVENT		
					SECONDARY SOURCE		
EMPLOYEE	35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)						
	37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ hours per day, _____ days per week, _____ total weekly hours			37a. EMPLOYMENT STATUS regular, full-time                      part-time temporary                      seasonal		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			
EXTENT OF INJURY							
Completed By (type or print)			Signature & Title			Date (mm/dd/yy)	
* Confidential information may be disclosed only to the employee, former employee, or their personal representative (CCR Title 8 14300.35), to others for the purpose of processing a workers' compensation or other insurance claim; and under certain circumstances to a public health or law enforcement agency or to a consultant hired by the employer (CCR Title 8 14300.30). CCR Title 8 14300.40 requires provision upon request to certain state and federal workplace safety agencies.							



# Facts About Workers' Compensation

The content of this pamphlet has been approved by the Administrative Director of the Division of Workers' Compensation.

## WHAT IT IS

California workers' compensation law provides a faster and fairer way to take care of injured workers where fault doesn't have to be proven to recover medical expenses and lost wages. This job-injury insurance is paid for by your employer and supervised by the State. If you can't work due to a job-related injury or illness, workers' compensation pays your medical bills and provides money to help replace lost wages until you can return to work.

## WHO'S COVERED

Almost every employee in California is protected by workers' compensation, but there are few exceptions. People in business for themselves and unpaid volunteers may not be covered. Maritime workers and federal employees are covered by similar laws. If you have a question about coverage, ask your employer.

## WHAT'S COVERED

Almost any injury or illness is covered if it's due to your job. It can be caused by one event like a fall, or repeated exposures, such as repetitive motion over time. Everything from minor injuries to serious accidents is covered. Workers' compensation even covers injuries- including physical or psychiatric injuries- resulting from a work-place crime. (Some injuries from voluntary, off-duty recreational, social or athletic activity- for example the company bowling team - may not be covered. Check with your supervisor or American Claims Management Workers' Compensation Office at 866.671.5042 if you have questions) Coverage is automatic and immediate. There is no qualifying period, no need to earn a certain amount in wages before you're covered. Protection begins the first minute you're on the job.

## HOW TO REPORT AN INJURY

Immediately report, to your supervisor, any injury, no matter how slight. You can also report the injury to ACM online at [ACMclaims.com](http://ACMclaims.com) or by phone at 866.671.5042. You should also complete the State required Claim Form (DWC 1) and return to your supervisor or to ACM. If you are in need of the Claim Form (DWC 1), you may obtain a copy on the ACM Web site: [ACMclaims.com](http://ACMclaims.com) under Forms. State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a claim form, and employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment until a claim is accepted or rejected.

## HOW TO OBTAIN MEDICAL CARE

**First Aid:** Seek first-aid treatment immediately either on site at work or at the designated medical treatment facility.

**Emergency Care:** Seek medical treatment immediately. See the emergency telephone numbers which should also be posted in your workplace.

**Emergency Telephone Number:** Call 911 for an ambulance, the fire department, police, or for emergency medical care from a doctor or the hospital, or go to the nearest emergency room.

**Acute and Follow Up Care:** If you appropriately pre-designated your personal physician, contact your physician as soon as possible and make arrangements for treatment. OR, If you did not pre-designate your personal physician, call ACM at 866.671.5042 as soon as possible to help you make arrangement for treatment. State law requires employers to authorize medical treatment within one working day of receiving the completed Claim Form from you. If you delay reporting your injury or delay completing the Claim Form, it may result in a delay in receiving benefits; and too long a delay may even jeopardize your right to obtain benefits all together.

## OPTIONAL FORM

### 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:

Doctor/Medical Group:
Street Address, City, State, Zip:
Telephone:
Employee Name:
Employee Address:
Employee Signature:
Date:
(Physician or Designation 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. DWC Form 9783.1 (July 1, 2014)

**Note to Employee:** Unless an employee agrees, neither the employer nor ACM shall contact your personal physician to confirm a predesignation [CCR 9780.1(f)]. If your physician does not sign the above form, other documentation of his/her predesignation will be required prior to an injury being sustained. If you agree that after receiving this form your employer or ACM may contact your physician to confirm the predesignation, please sign below:

Employee Signature:
Employee ID #:
Date:

**Note to Physician:** Workers' compensation medical services are subject to preauthorization of non-emergency services; utilization review; reporting requirements; and the California Official Medical Fee Schedule. The following optional information may assist communication and facilitate the authorization, reporting, recordkeeping and payment process:

Office Manager/Billing Contact:
Phone Number:
Mailing Address (if different from street address):
Fax:
Email:
Physician License #:
Physician Tax I.D. #:

## MORE ABOUT MEDICAL CARE

Quality medical treatment is the quickest way to recovery.

**Primary Treating Physician (PTP):** The doctor with the overall responsibility for your treatment is the primary treating physician (PTP). The PTP decides what kind of medical care you need and when you can return to work. If necessary, the PTP will review your job description and will define any limitations or restrictions that you may have when you go back to work. The PTP will coordinate any care you receive from other medical providers, and, for a serious injury, will write reports about any permanent disability or need for future medical care.

**One Time Right to Change PTP:** You have the right to change your PTP one time. You can request this change at any time.

**Change of PTP: First 30 Days:** If you make your request to change PTP during the first 30 days after reporting your injury, you can change to your personal chiropractor or acupuncturist if you have pre-designated this physician.

**Change of PTP: After 30 Days:** If you have not already used your one-time change of PTP, then thirty (30) days after reporting your injury, you may change to the PTP of your own choice. This can be your personal medical doctor or osteopath, your personal chiropractor, person acupuncturist, or physician of your choice within a reasonable geographic area.

**Personal Physician (M.D. or D.O.):** If you have a personal physician who is a medical doctor ("M.D.") or osteopath ("D.O."), and you wish to designate this physician to be your PTP, you must do so in writing prior to the injury occurring. The physician

must agree to treat you for a work-related injury or illness prior to the injury.

**Medical Provider Network (MPN):** Since a MPN is offered by your employer, a network doctor will generally be your PTP for the duration of treatment, though you may switch to another doctor in the network anytime after your first visit. If you want to switch to a chiropractor or acupuncturist, including a personal chiropractor or personal acupuncturist named prior to the injury, he or she must be in the network. Your employer or ACM can provide additional information about the network and your rights under your plan.

## Facts About Workers' Compensation

### OPTIONAL FORM

#### 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.

Name of Chiropractor or Acupuncturist (D.C., L.Ac.):

Street Address, City, State, Zip:

Telephone:

Employee Name (please print):

Employee's Address:

Employee Signature:

Date:

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

**Note to Employee:** 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.

## BENEFITS

**Medical Care:** Medical expenses for reasonable and necessary treatment will be paid directly by ACM on behalf of your employer. Medical bills for authorized care should never be received or paid by you. All bills should be sent to American Claims Management at P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. There is a limit on some medical services.

**Temporary Disability:** If you are unable to work for more than three days, including weekends, you are entitled to temporary disability (TD) payments to help replace your lost wages. About two weeks after reporting the injury, you'll receive a check from ACM. You will continue to receive TD checks every two weeks after that until the doctors says that you can return to work, or that your medical condition is "permanent and stationary." (Payments will not be made for the first three days, however, unless you're hospitalized as an inpatient or unable to work more than 14 days.) The amount of these checks will be two-thirds of your average wage, subject to minimums and maximums set by State law. There are no deductions and the payments are tax free. Under California law, TD payments for a single injury may not extend for more than 104 compensable weeks within five years from the date of the injury, or for more than 240 weeks within five years from the date of injury for certain specified long-term injuries such as severe burns or chronic lung disease. If the maximum TD payment period is reached before you can return to work or before your medical condition becomes permanent and stationary, you may be able to obtain disability benefits through the California Employment Development Department (EDD). You may also be able to receive these benefits if your TD is delayed or denied.

**Permanent Disability:** If your doctor says your injury or illness will result in permanent limitations or restrictions in your ability to work, you may receive permanent disability payments. The amount depends on the doctor's report, how much of the permanent disability was directly caused by your work, and factors such as your age, occupation, type of injury, and date of injury. Your benefit payment also may be affected by whether or not your employer makes a suitable return-to-work offer, and whether or not you accept the offer. The minimum and maximum amounts are set by State law, but if you have a permanent disability, ACM will send a letter explaining how the benefit was calculated. In general, the total amount

is set at a weekly rate spread over a fixed number of weeks. The first payment is due within 14 days after the final temporary disability payment, or if you were not receiving temporary disability payments, 14 days after your doctor says your condition is permanent and stationary. After that, the benefit will be paid every 14 days until you reach the maximum or until you settle your case and receive a lump sum payment.

**Death Benefits:** If the injury or illness causes death, payments may be made to individuals who were financially dependent on you. These benefits are set by State law and the amount depends on the number of dependents and the date of injury. Workers' compensation also provides a burial allowance.

**Supplemental Job Displacement Benefit:** Once ACM receives a doctor's report that you have recovered as much as possible from your job injury and your injury results in permanent disability, within 60 days ACM will send a letter advising you whether your employer has a modified job or alternative work available to you. If your employer does not offer modified or alternative work, ACM has 20 days to offer you the Supplemental Job Displacement Benefit. This is a \$6000 non transferable voucher that is to be used at a State accredited school for education-related retraining or skill enhancement. There are limits to how much you can spend for some items, but if you qualify, you'll get information on what types of expenses are covered, the limits, documentation requirements, and deadlines for use of this benefit.

#### Other Benefits:

To clarify, Workers' Compensation insurance covers on-the-job injuries and illnesses and is paid for entirely by your employer, whereas State Disability insurance (SDI) covers off-the-job injuries or sicknesses, and is paid for by deductions from your paycheck. If you are not receiving workers' compensation benefits you could be eligible to receive SDI benefits. To learn more, call the local state Employment Development Disability listed in the government pages of your phone book, or on the web at [www.EDD.ca.gov/disability/](http://www.EDD.ca.gov/disability/).

If the state determines that your workers' compensation permanent disability is too low compared to your loss of future earnings, you may qualify for additional money from a Return-to-Work Fund, approved by state lawmakers in 2012. This fund is administered by the Department of Industrial Relations, details on eligibility and how to apply will be included in state regulations. If you believe that you qualify, contact the local DWC Information and Assistance office listed at your workplace or you can call 800.736.7401 or visit the Division of Workers' Compensation web site at [www.DWC.ca.gov](http://www.DWC.ca.gov).

## QUESTIONS?

You may direct any and all questions to your supervisor or ACM. ACM's address and phone number is listed at the bottom of this document. You can also contact an information and assistance officer at the State Division of Workers' Compensation (DWC). Information and assistance officers are available at no charge to answer questions, review problems and provide additional written information about workers' compensation. The local office is listed at the end of this document and is posted at your workplace, or you can call 800.736.7401, check the local listing in the white pages of the phone book under State Government Office/Industrial Relations/Workers' Compensation, or go to the DWC Web site at [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc).

## INFORMATION AND ASSISTANCE OFFICES

Anaheim (714) 414-1801	Los Angeles (213) 576-7389	Riverside (951) 782-4347	San Jose (408) 277-1292
Bakersfield (661) 395-2514	Marina del Rey (310) 482-3820	Sacramento (916) 928-3158	San Luis Obispo (805) 596-4159
Eureka (707) 441-5723	Oakland (510) 622-2861	Salinas (831) 443-3058	Santa Ana (714) 558-4597
Fresno (559) 445-5355	Oxnard (805) 485-3528	San Bernardino (909) 383-4522	Santa Rosa (707) 576-2452
Goleta (805) 968-4158	Pomona (909) 623-8568	San Diego (619) 767-2082	Stockton (209) 948-7980
Long Beach (562) 590-5240	Redding (530) 225-2047	San Francisco (415) 703-5020	Van Nuys (818) 901-5367

## Claims Administered by:

American Claims Management

P.O. Box 85251

San Diego, CA 92186

Toll Free 866.671.5042

[ACMclaims.com](http://ACMclaims.com)



**NON-DISCRIMINATION:** It is illegal for your employer to file you or in any way discriminate against you because you file a claim, intend to file a claim, settle a claim, testify or intend to testify for another injured worker. If it is found that your employer discriminated against you, your employer may be ordered to reinstate you to your job, reimburse you for lost wages and employment benefit and pay increased workers' compensation benefit costs and expenses up to maximum amounts set by state law.

## WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY

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

# Información Sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo

El contenido de este folleto está aprobado por el Director Administrativo de la División de Indemnización por Accidentes de Trabajo.

## QUÉ ES

La legislación de California sobre Indemnización por Accidentes de Trabajo brinda una manera más rápida y justa de atender a los empleados lesionados en casos en los cuales no haya que probar culpa para recibir el reembolso de los gastos médicos y el salario que el empleado no ganó. Este seguro por lesiones de trabajo está pagado por el empleador y supervisado por el Estado. En caso de no poder trabajar debido a una lesión o enfermedad de trabajo, la indemnización laboral paga los gastos médicos y brinda una entrada de dinero para reemplazar el salario que se dejó de ganar hasta que el empleado regrese al trabajo.

## QUIÉN RECIBE COBERTURA

Casi todos los empleados de California están protegidos por la indemnización laboral, pero existen algunas excepciones. Es posible que las personas que trabajan por cuenta propia y los voluntarios que no reciben remuneración no estén cubiertos. Los empleados del rubro marítimo y los empleados federales están cubiertos por leyes similares. En caso de tener alguna pregunta sobre la cobertura, consultar con el empleador.

## QUÉ SE CUBRE

Casi cualquier lesión o enfermedad recibe cobertura si es como consecuencia del trabajo. Puede ser a causa de un incidente como una caída, exposición repetitiva o como un movimiento repetitivo a través del tiempo. Todo está cubierto, desde lesiones menores a accidentes de gravedad. La indemnización laboral cubre lesiones como consecuencia de algún delito en el ambiente laboral. (Existe la posibilidad de que algunas lesiones derivadas de actividades voluntarias, recreativas fuera del horario laboral, actividades sociales o deportivas por ejemplo, el equipo de béisbol de la compañía – no estén cubiertas. Consultar con el supervisor que corresponda o en la Oficina de Reclamaciones de Indemnización Laboral (American Claims Management Workers' Compensation Office) al 866.671.5042 en caso de tener preguntas).

La cobertura es automática e inmediata. No hay un plazo para ser aprobado ni es necesario haber cobrado un salario determinado para recibir la cobertura. La protección empieza al momento en el cual se entra al trabajo.

## CÓMO REPORTAR UNA LESIÓN

Hay que informar de inmediato, al supervisor correspondiente, cualquier lesión, sin importar la magnitud. También se puede informar de la lesión a ACM por Internet o por teléfono al 866.671.5042.

Además hay que completar el formulario de reclamos que exige el Estado (DWC 1) y enviarlo al supervisor o a ACM. En caso de necesitar este formulario (DWC 1), las copias están disponibles en el sitio WEB de ACM: ACMclaims.com debajo de "Forms."

La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen atención médica el día laboral después de haber recibido el formulario de reclamo, los empleadores podrían ser responsables de pagar hasta \$10,000 por tratamiento hasta que el reclamo se acepte o rechace.

## CÓMO RECIBIR ATENCIÓN MÉDICA

**Primeros Auxilios:** Solicitar primeros auxilios de inmediato ya sea en el lugar de trabajo o en el establecimiento médico que se asigne.

**Atención de Emergencia:** Solicitar atención médica de inmediato. Consultar los números telefónicos de emergencia publicados en el lugar de trabajo.

**Número Telefónico de Emergencia:** Llamar al 911 para pedir asistencia de una ambulancia, de los bomberos, de la policía o de emergencia por parte de un doctor o de un hospital, o dirigirse a la sala de emergencia más cercana.

**Consultas por Estado Agudo o de Control:** En caso de haber designado a su médico personal con anticipación, comuníquese lo antes posible y haga los trámites para el tratamiento. O en caso de no haber designado a su médico personal, llamar a ACM al 866.671.5042 cuanto antes para colaborar con los trámites del tratamiento. La legislación del Estado requiere que los empleadores autoricen el tratamiento médico el día laboral después de recibir el Formulario de Reclamo completo. Si se demora el reporte de la lesión o la entrega del Formulario de Reclamo, podrían demorarse los beneficios; y la tardanza excesiva podría poner en peligro el derecho del empleado a recibir beneficios.

## INFORMACIÓN ADICIONAL SOBRE LA ATENCIÓN MÉDICA

El tratamiento médico de calidad es la forma más rápida de recuperación.

**Médico de Cabecera (PTP):** El doctor que tiene la responsabilidad general del tratamiento es el médico de cabecera (PTP). El PTP decide qué tipo de atención médica se necesita y el momento en el cual el empleado puede volver al trabajo. Si es necesario, el PTP revisa la descripción laboral y define cualquier limitación o restricción que el empleado pudiera tener al momento de volver al trabajo. El PTP coordina la atención que el empleado reciba por parte de otros médicos, y en caso de una lesión grave, es el que escribe informes sobre cualquier discapacidad permanente o necesidad de atención médica en el futuro.

**Única Oportunidad de Cambiar el PTP:** El empleado tiene derecho a cambiar el PTP una vez. Este cambio se puede solicitar en cualquier momento.

**Cambio de PTP: Primeros 30 Días:** En caso de solicitar el cambio de PTP durante los primeros 30 días después de reportar una lesión, se puede cambiar el quiropráctico personal o acupunturista en caso de tener un médico designado con anterioridad. **Cambio de PTP: Después de 30 Días:** En caso de no haber usado el cambio de PTP, entonces, treinta (30) días después de reportar la lesión, se puede hacer el cambio de PTP al que el empleado haya elegido. Éste puede ser el médico personal u osteópata, el quiropráctico, acupunturista personal o médico de preferencia dentro de un área geográfica razonable.

**Médico Personal (M.D. o D.O.):** En caso de tener un médico personal que sea ("M.D.") u osteópata ("D.O."), y el empleado quiera designar a dicho médico como el PTP, el empleado tendrá que hacerlo por escrito antes de que ocurra la lesión. El médico tiene que estar de acuerdo en atender al empleado por una lesión o enfermedad de trabajo antes de que la misma suceda.

## FORMULARIOS OPTATIVOS

### DESIGNACIÓN PREVIA DEL MÉDICO PERSONAL

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

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

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

Para (nombre del empleador):

En caso de tener una lesión o enfermedad laboral, elija que me atienda:

Nombre del doctor:

Calle, Ciudad, Estado y Código Postal

Teléfono:

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

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

(Médico o Designación del Empleado del Médico o Grupo Médico)

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

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783. DWC Formulario 9783 (1 de Julio de 2014)

**Nota para el Empleado:** A menos que un empleado esté de acuerdo, ni el empleador ni el ACM se comunicarán con su médico personal para confirmar una designación previa [CCR 9780.1(f)]. Si su médico no firma el formulario anterior, se requerirá otra documentación de su designación previa antes de que se sufra una lesión. Si usted está de acuerdo después de recibir este formulario que su empleador o ACM pueden comunicarse con su médico para confirmar la designación previa, por favor firme abajo:

Firma del Empleado:

Nº de Identifi del Empleado:

Fecha:

**Note to Physician:** Los servicios médicos de indemnización del trabajador están sujetos a autorización previa de servicios que no sean de emergencia; revisión de utilización; requisitos de presentación de informes; y la Lista Ofi de Honorarios Médicos de California. La siguiente información opcional puede ayudar a la comunicación y facilitar el proceso de autorización, generación de informes, registros y pagos:

Gerente de Ofi / Contacto de Facturación:

Número telefónico:

Dirección Postal (si es diferente al domicilio):

Fax:

Correo electrónico:

Licencia Médica nº:

Identifi Tributaria nº:



**Red de Profesionales Médicos (MPN):** Debido a que es el empleador el que ofrece la MPN, el médico de la red es el que, en general, va a ser el PTP mientras dure el tratamiento, si bien se puede efectuar el cambio a otro médico de la red en cualquier momento antes o después de la consulta. En caso de querer hacer el cambio a un quiropráctico o acupunturista, incluyendo un quiropráctico personal o acupunturista personal antes de la lesión, el profesional tiene que estar en la red. El empleador o el ACM pueden brindar información adicional con respecto a la red y los derechos del empleado según el plan.

## Información Acerca de Indemnización Laboral

### FORMULARIO OPTATIVO

#### NOTIFICACIÓN DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTURISTA PERSONAL

Si su empleador o la compañía de seguros de su empleador no tiene una Red de Proveedores Médicos establecida, posiblemente puede cambiar su médico que lo está atendiendo a su quiropráctico o acupunturista personal después de una lesión o enfermedad de trabajo. Para hacer este cambio, usted debe darle 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 sepa de su lesión o enfermedad. Después de que su administrador de reclamos ha iniciado su tratamiento con otro médico durante este tiempo, puede entonces usted, bajo petición, transferir su tratamiento a su quiropráctico o acupunturista personal. Puede utilizar este formulario para notificarle a su empleador de su quiropráctico o acupunturista personal. La ley estatal no permite que un quiropráctico siga como su médico después de 24 visitas.

Nombre del quiropráctico o acupunturista (D.C., L.A.C.):

Calle, Ciudad, Estado, Código Postal:

Teléfono:

Nombre del Empleado (en letra de bloque):

Dirección del Empleado:

Firma del Empleado:

Fecha:

Título 8, Código de Reglamento de California, sección 9783.1 DWC Formulario 9783.1 (1 de julio de 2014)

**Nota para el Empleado:** La ley estatal no permite que un quiropráctico sea un médico tratante más allá de un máximo de 24 visitas. El quiropráctico personal debe ser el quiropráctico habitual y habilitado (D.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento quiropráctico. El acupunturista debe ser un acupunturista habitual y habilitado (L.A.C.) que haya ordenado un tratamiento previo y que tenga los documentos pertinentes, incluyendo la historia del tratamiento de acupuntura.

Si el empleador ofrece una Red de Profesionales Médicos para Accidentes de Trabajo (MPN), el empleado podrá únicamente cambiar a un quiropráctico o acupunturista personal dentro de la red de MPN. En caso de que el empleado sea miembro de la Organización de Atención de la Salud por Accidentes de Trabajo (HCO) rigen normas diferentes, por este motivo, consultar con el empleador o administrador de reclamos, si ese es el caso.

## BENEFICIOS

**Atención Médica:** ACM paga directamente los gastos médicos por tratamiento razonable y necesario en nombre del empleador. El empleado jamás debe recibir las facturas médicas por atención autorizada ni efectuar el pago de las mismas. Todas las facturas se envían a American Claims Management a P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186. Existe un límite en algunos de los servicios médicos.

**Discapacidad Temporal:** En caso de que el empleado no esté en condiciones de trabajar por más de tres días, incluyendo los fi de semana, tiene derecho a recibir pagos por discapacidad temporal (TD) como reemplazo del salario que no pudo recibir. Dos semanas después del reporte de la lesión, el empleado recibirá un cheque de ACM. Este cheque continuará llegando cada dos semanas hasta que los médicos digan que el empleado está en condiciones de volver al trabajo o hasta que digan que el cuadro médico es "permanente y estacionario." (Los pagos no se efectúan durante los tres primeros días, salvo, sin embargo, que el empleado esté internado en un hospital o no esté en condiciones de trabajar por más de 14 días.) El monto de estos cheques es de dos-tercios del salario promedio del empleado, supeeditado a los mínimos y máximos establecidos por la legislación del Estado. No hay deducciones y los pagos son libres de impuestos. Según la legislación de California, los pagos por TD por una única lesión no deben extenderse por más de 104 semanas remunerables en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión, o por más de 240 semanas en el transcurso de cinco años a partir de la fecha de la lesión para determinadas lesiones a largo plazo tales como quemaduras de gravedad o enfermedad pulmonar crónica. Si se llega al período máximo del pago de la TD antes de poder volver al trabajo o antes de que el cuadro médico sea permanente y estacionario, el empleado puede recibir benefi de discapacidad por medio del Departamento de Desarrollo Laboral de California (EDD). Es posible que el empleado también pueda recibir estos benefi si el pago por TD se niega o se demora.

**Discapacidad Permanente:** Si el médico dice que la lesión o enfermedad tiene como consecuencia limitaciones o restricciones permanentes en la capacidad laboral del empleado, el empleado podría tener la posibilidad de recibir pagos por discapacidad permanente. El monto depende del informe del doctor, de cuánto de dicha discapacidad permanente haya sido causa directa del trabajo y demás factores como edad, ocupación, tipo de lesión y fecha de la lesión. El pago del benefi también se puede ver afectado por el hecho de que si el empleador hizo o no una oferta adecuada para volver al trabajo, y si el empleado la aceptó o no. Los montos mínimos y máximos están determinados por la legislación del Estado, pero si el empleado tiene una discapacidad permanente, ACM enviará una carta con la explicación de cómo se calculó el benefi. En general, el monto total se establece de acuerdo con una tasa semanal distribuida sobre

después del pago fi por discapacidad, o en caso de que el empleado no estuviera recibiendo pagos temporales por discapacidad, 14 días después de que el doctor diga que el estado es permanente y estacionario. Después de eso, el benefi se pagará cada

14 días hasta que el empleado reciba el máximo, hasta que se resuelva el caso o reciba una cantidad total como pago.

**Benefi por Fallecimiento:** Si la lesión o enfermedad es la causa del fallecimiento, los pagos se efectuarán a las personas que dependían económicamente del empleado. Estos benefi están establecidos en la legislación del Estado y el monto depende de la cantidad de dependientes y de la fecha de la lesión. La indemnización laboral también brinda aportes para el funeral.

**Benefi Suplementario por Desplazamiento Laboral:** Una vez que ACM recibe un informe médico de que usted se ha recuperado lo más posible de su lesión ocupacional y su lesión resulta en discapacidad permanente, en un período no mayor de 60 días, ACM enviará una carta informándole si su empleador tiene una labor modifi o trabajo alternativo disponible para usted. Si su empleador no le ofrece trabajo modifi o alternativo, ACM tiene 20 días para ofrecerle el Benefi Complementario de Desplazamiento Laboral. Se trata de un bono no transferible de \$ 6000 que se debe utilizar en una escuela acreditada del Estado para recibir recapacitación relacionada con la educación o perfeccionamiento profesional. Hay límites de cuánto usted puede gastar en algunas cosas, pero si usted reúne los requisitos, obtendrá información sobre qué tipos de gastos están cubiertos, los límites, requisitos de documentación y plazos para el uso de este benefi o.

#### Other Benefits:

Para aclarar, el seguro de Indemnización del Trabajador cubre lesiones y enfermedades ocurridas en el lugar de trabajo y es pagado en su totalidad por su empleador, mientras que el Seguro de Discapacidad del Estado (SDI) cubre lesiones o enfermedades ocurridas fuera del trabajo, y es pagado mediante deducciones de su cheque de pago. Si usted no está recibiendo benefi de indemnización del trabajador, usted puede ser elegible para recibir benefi del SDI. Para obtener más información, llame a la ofi estatal local de Desarrollo de Discapacidad de Empleo que fi en las páginas del gobierno de su guía telefónica o visite [www.EDD.ca.gov/disability/](http://www.EDD.ca.gov/disability/).

Si el estado determina que el monto por discapacidad permanente con derecho a indemnización del trabajador es muy bajo en comparación con la pérdida de ganancias futuras, usted puede califi para recibir dinero adicional de un Fondo de Retorno al Trabajo, aprobado por los legisladores del estado en 2012. Este fondo es administrado por el Departamento de Relaciones Industriales; se incluirán detalles sobre la elegibilidad y cómo solicitarlo en las normas estatales. Si usted cree que reúne los requisitos, comuníquese con la ofi local de Información y Asistencia de DWC que aparece en su centro de trabajo o puede llamar al 800.736.7401 o visitar el sitio Web de la División de Indemnización del Trabajador [www.DWC.ca.gov](http://www.DWC.ca.gov).

#### ¿PREGUNTAS?

Para cualquier pregunta, dirigirse al supervisor que corresponda o a ACM. La dirección y el número de teléfono de ACM aparecen al fi de este documento. También se puede comunicar con el personal de información y asistencia de la División de Indemnización Laboral del Estado (DWC). El personal de información y asistencia está a disposición sin costo alguno para contestar cualquier pregunta, consulta de problemas y para brindar por escrito información adicional sobre indemnización laboral. La ofi local aparece al fi de este documento y está publicada en su lugar de trabajo o puede llamar al 800.736.7401, consultar las páginas blancas de las guías telefónicas locales bajo Ofi del Gobierno Estatal/Relaciones Industriales/Indemnización Laboral o visitar el sitio web de DWC en [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc).

#### OFICINAS DE INFORMACIÓN Y ASISTENCIA

Anaheim (714) 414-1801	Marina del Rey (310) 482-3820	Salinas (831) 443-3058	Santa Rosa (707) 576-2452
Bakersfield (661) 395-2514	Oakland (510) 622-2861	San Bernardino (909) 383-4522	Stockton (209) 948-7980
Eureka (707) 441-5723	Oxnard (805) 485-3528	San Diego (619) 767-2082	Van Nuys (818) 901-5367
Fresno (559) 445-5355	Pomona (909) 623-8568	San Francisco (415) 703-5020	
Goleta (805) 968-4158	Redding (530) 225-2047	San Jose (408) 277-1292	
Long Beach (562) 590-5240	Riverside (951) 782-4347	San Luis Obispo (805) 596-4159	
Los Angeles (213) 576-7389	Sacramento (916) 928-3158	Santa Ana (714) 558-4597	

#### Reclamos Administrados por:

American Claims Management

P.O. Box 85251

San Diego, CA 92186

Línea Telefónica Gratuita 866.671.5042

ACMclaims.com



**NO DISCRIMINACIÓN:** Es ilícito que el empleador despidiera o efectúe algún tipo de discriminación contra algún empleado como consecuencia de la presentación de un reclamo, de la intención de presentar un reclamo, del recibo de una indemnización, por declarar o tener la intención de declarar a favor de otro empleado lesionado. Si se determina que el empleador discriminó a algún empleado, se le podría ordenar al empleador que vuelva a contratar a dicho empleado, que le reembolse el salario que no recibió, que le otorgue beneficios laborales y que le pague una mayor indemnización, gastos y costos hasta el máximo que disponga la legislación del estado.

#### EL FRAUDE PARA RECIBIR INDEMNIZACIÓN POR ACCIDENTE DE TRABAJO ES UN DELITO

Toda persona que presente o sea la causa de que se presenten declaraciones falsas o fraudulentas con el fin de recibir o negar beneficios o indemnización laboral es culpable de un delito.



## TIME OF HIRE PAMPHLET

This pamphlet, 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 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.

—or—

Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from using vibrating tools, 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 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 web site [www.edd.ca.gov](http://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 Relation's 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](http://www.dwc.ca.gov) and looking under "Workers' Compensation programs and units" for the "Information & Assistance Unit" link or visit the DIR web site at [www.dir.ca.gov](http://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.

## 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](http://www.caworkcompcoverage.com). If no coverage exists or coverage has expired,

contact the Division of Labor Standards Enforcement at [www.dir.ca.gov/DLSE](http://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 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 an MPN.



### **What is a Medical Provider Network (MPN)?**

An MPN is a select group of health care 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 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 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.

To contact the nearest I&A Unit, go to [www.dwc.ca.gov](http://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 number: _____.
---

### **Consult with an attorney**

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

### **Warning**

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

### **Additional rights**

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

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

## PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

- 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).

July 2014

**§ 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 code)**

---

**(telephone number)**

Employee Name **(please print)**:

---

Employee's Address:

---

Employee's Signature \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_



AMERICAN  
CLAIMS  
MANAGEMENT

## UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

Este folleto, o uno similar que ha sido aprobado por el Director Administrativo, debe ser dado a todos los empleados recién contratados en el estado de California. Los empleadores y administradores de reclamos pueden utilizar el contenido de este documento y incluir sus logos e información adicional en ello. El contenido de este folleto se aplica a todas las lesiones laborales que ocurren en o después del 1 de enero 2013.

### ¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

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

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

— o —

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

— o —

Crimen en el lugar de trabajo. 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 despida 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.

### ¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS?

- **Atención médica:** Pagado por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Visitas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser

proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y 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. La cantidad que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Será pagado cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal (*Temporary Disability- TD*) termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado lo mejor posible.
- **Beneficios por incapacidad permanente:** Pagos si no se recupera completamente. Se le pagará cada dos semanas si es elegible. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. La cantidad de pago está basada en:
  - El informe médico 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 reentrenamiento/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 es elegible para este vale si:
  - Usted 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 Muerte:** Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. La cantidad del pago está basada en el número de dependientes. El beneficio es pagado cada dos semanas a una tasa de por lo menos \$224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona una cantidad 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 los beneficios del programa de compensación de trabajadores son demorados, negados o han terminado. 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](http://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*) que también es

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](http://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](http://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 una felonía. Si condenado, la persona tendrá que pagar multas de hasta \$150,000 y/o cumplir hasta cinco años de cárcel.

### ¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

#### **Informe a su empleador sobre la lesión que ha sufrido**

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

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

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

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Puede poder encontrar el nombre de la compañía del seguro de compensación de trabajadores en [www.caworkcompcoverage.com](http://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](http://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 está relacionada con su trabajo. Su empleador le puede decir dónde 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 cuidado médico que no es urgente, contacte a su empleador, administrador de reclamos de compensación de trabajadores o vaya a esta instalación:

\_\_\_\_\_.

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

Su empleador debe darle un [Formulario de reclamo DWC 1](#) dentro de un día laboral después de enterarse de su lesión o enfermedad. Complete la sección del empleado, 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 laboral después de recibir el formulario DWC 1.

Si la lesión es debida a exposiciones repetidas, usted tiene un año de cuando usted se da cuenta que su lesión está relacionada con su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta \$10,000 en cuidado médico pagado por su empleador hasta que su reclamo sea aceptado o negado. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. De otra manera, se supondrá que su caso es pagadero.

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

### MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

#### **¿Qué es un médico primario (*Primary Treating Physician- PTP*)?**

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

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

#### **¿Qué es una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN*)?**

Una *MPN* es un grupo selecto de proveedores de cuidado médico que dan tratamiento médico a trabajadores lesionados. 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 visita, 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 particular para que lo atienda si usted se lastima en el trabajo. El médico debe ser un doctor en medicina (*M.D.*), doctor en medicina osteopatía (*D.O.*) o un grupo médico con un *M.D.* o *D.O.* Debe denominar a su médico por escrito *antes* de que usted se lastime o enferme.



Usted puede designar de antemano a un médico si usted tiene plan de seguro médico para enfermedades y lesiones no relacionadas con el trabajo. El médico debe haberle:

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

Usted puede usar el formulario "Designación previa de médico particular" incluido con este folleto para denominar a su médico. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo a su empleador.

Si su empleador no tiene una MPN aprobada, usted puede denominar a su quiropráctico o acupunturista para que lo atienda para sus lesiones de trabajo. El aviso de quiropráctico o acupunturista personal debe ser por escrito *antes* de lastimarse. Puede utilizar el formulario incluido en este folleto. Después de llenar el formulario, asegúrese de dárselo 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 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 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 de las 24 oficinas de la DWC alrededor 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. Los servicios son gratis.

Para comunicarse con la más cercana Unidad de I&A, vaya a [www.dwc.ca.gov](http://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.

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

Dirección: \_\_\_\_\_.

Número de teléfono: \_\_\_\_\_.

#### **Consulte con un abogado**

La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si decide retener a un abogado, sus

honorarios pueden ser tomados de algunos de sus beneficios. Para nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame al Colegio de Abogados (*State Bar Association*) de California al (415) 538-2120 o vaya a la página web en [www.californiaspecialist.org](http://www.californiaspecialist.org). Puede conseguir una lista de abogados de su Unidad de I&A local o consulte las páginas amarillas.

#### **Advertencia**

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

#### **Derechos adicionales**

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (*Americans with Disabilities Act- ADA*) o la Ley de Igualdad en el Empleo y la Vivienda (*Fair Employment and Housing Act- FEHA*). Para información adicional, comuníquese con FEHA al (800) 884-1684 o la Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo (*Equal Employment Opportunity Commission- EEOC*) al (800) 669-3362.

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 12/20/12 y efectivo para fecha de lesiones en 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).

Julio 2014

## **AVISO DE QUIROPRÁCTICO 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 quiropráctico 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:** \_\_\_\_\_



# NOTICE TO EMPLOYEES - INJURIES CAUSED BY WORK

## California law guarantees certain benefits to employees who are injured or become ill because of their jobs.

Workers' compensation covers any job-related injury - even first-aid type injuries and work-related illnesses, including physical or psychiatric injuries resulting from a workplace crime. It can be caused by one event, such as a fall, or repeated exposures, such as doing a repetitive motion over time. The key is whether it was caused by the job. (Some injuries from voluntary, off duty, recreational, social or athletic activity- for example, the company bowling team- may not be covered. Check with your supervisor or the claims administrator listed below if you have questions.)

## BENEFITS INCLUDE

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

**Payment for Temporary Disability (Lost Wages):** If you can't work while you are recovering from a job injury or illness you will receive temporary disability payments. Temporary disability payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work or that your medical condition is "permanent and stationary." For most injuries, state law limits temporary disability payments to a maximum of 104 weeks within five years of the date of injury. These benefits are tax free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, subject to minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days unless you are hospitalized or cannot work for more than 14 days. If temporary disability benefits have been delayed, denied, or terminated you may be eligible for State Disability benefits. To learn more call 800-480-3287 or visit their website at [www.EDD.ca.gov/disability/](http://www.EDD.ca.gov/disability/)

**Payment for Permanent Disability:** If your injury or illness results in a permanent disability, you may receive additional payments. The amount will be based on the portion of your permanent disability that is directly attributable to your work and will also depend on the type of injury, your age, occupation, and date of injury. If your employer has 50 or more employees, and you were injured before 2013, the amount also may be affected by whether or not your employer makes a suitable return-to-work offer.

**Supplemental Job Displacement Benefit:** 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 individuals who were financially dependent on the worker. Workers' compensation also pays a burial allowance.

## IN THE EVENT OF A WORK INJURY

1. For an ambulance, hospital, the fire department or the police, call 911. For non-emergency medical care refer to the medical contact information below, otherwise seek first aid from your employer.

Doctor/Clinic: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

2. Report all injuries IMMEDIATELY to your supervisor or employer representative at \_\_\_\_\_ (phone number). Your employer is required to provide you with a claim form within one working day of learning of your injury, so insure your right to benefits by reporting every injury, no matter how slight, and request a claim form if it's more than a simple first-aid injury. There are time limits for notifying your employer about a work injury, so don't delay, as waiting to report may delay workers' compensation benefits and you may not be able to get benefits if you don't file a claim within one year of the date of injury, the date you knew the injury was work related, or the date benefits were last provided. Your employer must notify the claims administrator and authorize medical care consistent with applicable treatment guidelines within one working day of receiving a completed claim form and will direct you to a doctor or clinic if necessary. Until a claim is accepted or denied, employers may be liable for as much as \$10,000 in treatment. If your claim or benefits are denied, you have a right to challenge the decision at the Workers' Compensation Appeals Board, but there are deadlines for filing the papers, so don't delay.

## IN THE EVENT OF A WORK INJURY CONT.

- See your Primary Treating Physician (PTP). This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. You can be treated immediately by a predesignated personal doctor (medical doctor, doctor of osteopathic medicine, or multi specialty medical group) who has treated you in the past and has your medical records if: 1) you have health care coverage for non work injuries and illnesses; 2) prior to the injury or illness your doctor agreed to treat you for work injuries and illnesses; and 3) you gave your employer the doctor's name and address in writing before the injury or illness. Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days, and the claims administrator will arrange your medical treatment, often by a specialist for the particular injury. Different rules regarding your medical care apply if you gave your employer the name of a personal doctor who is a chiropractor or acupuncturist, or if your employer is using a Health Care Organization (HCO) or a workers' compensation Medical Provider Network (MPN - see below), so check with your claims administrator in those situations.
- Notify your claims administrator if you want to switch doctors. If you did not predesignate a personal physician and your employer does not use an HCO or an MPN, you can switch to a doctor of your choice 30 days after the injury is reported, or if you want to change doctors before then, your claims administrator will give you a list of doctors to choose from. If you are covered by an HCO or an MPN, your employer should provide you with information on those plans, including how to switch doctors.
- See your employer representative or claims administrator if you have questions. It is illegal for an employer to fire or discriminate against you just because you file, intend to file, or settle a workers' compensation claim, or because you testify for a co-worker who was injured. If you prove this kind of discrimination, you may receive job reinstatement, lost wages and increased benefits, plus costs and expenses up to limits set by the state.

## MEDICAL PROVIDER NETWORKS

An MPN is a network of health care providers who treat workers injured on the job. If your employer is using an MPN and you have a predesignated personal physician, you may receive treatment from that doctor. If you do not have a predesignated personal physician and your employer has an MPN, you may switch to an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by your employer. If you are receiving treatment for an existing injury from a doctor who is not in the MPN, you may be required to change to a doctor within the MPN. If your employer has an MPN, you can use the contact information below to get more information:

MPN Identification number: **2486**  
MPN Website: [www.ACMClaims.com](http://www.ACMClaims.com)  
MPN Effective date: Inception Date of Policy  
Current MPN's address: P.O.Box 85251, San Diego, CA 92186

If you need help locating an MPN physician, have questions regarding the MPN or wish to file a complaint against the MPN, contact the MPN Coordinator at 1.866.671-5042

Email: [MPN@MarqueeMCS.com](mailto:MPN@MarqueeMCS.com)

## CLAIMS ADMINISTRATOR

Name: **AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.**  Check if employer is self-insured  
Telephone Number: **866.671.5042** Fax: **619.744.5030**  
Policy Expiration Date: \_\_\_\_\_

If no claims administrator is listed above, and the employer is not self-insured, you may be able to find the name of the employer's workers' compensation insurer at [www.caworkcompcoverage.com](http://www.caworkcompcoverage.com). If the workers' compensation policy has expired, contact the Division of Labor Standards Enforcement (DLSE) or learn more at [www.dir.ca.gov/dlse](http://www.dir.ca.gov/dlse). You can also get free information from a State Division of Workers' Compensation Information and Assistance Officer, hear recorded information and get a list of local offices by calling (800) 736-7401. Learn more at [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) and access a useful booklet "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." The nearest Information and Assistance Officer is located at:

Street Address: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_

## WORKERS' COMPENSATION FRAUD IS A FELONY

Anyone 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.

**La Ley de California garantiza ciertos beneficios a los empleados que se lesionan o se enferman debido a sus trabajos.**

Compensación de Trabajadores cubre lesiones relacionadas con el trabajo –incluso lesiones de primeros auxilios y enfermedades relacionadas con el trabajo, incluyendo lesiones físicas o psiquiátricas que resultan en el lugar de trabajo. Puede ser causada por un evento, tales como una caída, o exposiciones repetitivas, tales como hacer un movimiento repetitivo a través del tiempo. La clave es si fue causada por el trabajo. (Algunas lesiones de actividades voluntarias, fuera de servicio, recreacionales, sociales o atléticas – por ejemplo, el equipo de béisbol de la compañía – pueden no estar cubiertas. Verifique con su supervisor o el administrador de los reclamos nombrado a continuación si tiene preguntas).

**LOS BENEFICIOS INCLUYEN**

**Cuidado Médico:** El administrador de sus reclamos pagará por todo cuidado médico razonable y necesario para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, por lo que usted nunca debe ver una factura. Los beneficios médicos pueden incluir el tratamiento por un médico, servicios de hospitales, pruebas de laboratorios, radiografías, terapia física, y medicinas, pero existen límites en algunos servicios médicos.

**Pagos por Incapacidad Temporal (Salarios Perdidos):** Si no puede trabajar mientras se encuentra recuperándose de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, usted recibirá pagos por incapacidad temporal. Los pagos por incapacidad temporal pueden cambiar o detenerse cuando su médico diga que usted es capaz de regresar a trabajar o que su condición médica es "permanente y estacionaria." Para muchas lesiones, la ley estatal limita los pagos por incapacidad temporal a un máximo de ciento cuatro (104) semanas dentro de cinco (5) años a partir de la fecha de la lesión. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos terceras partes de su pago semanal promedio, sujeto al mínimo y máximo establecido por la ley estatal. Los pagos no son realizados por los primeros tres (3) días a menos que se encuentre hospitalizado o no pueda trabajar por más de catorce (14) días. Si los beneficios por incapacidad temporal han sido retrasados, denegados, o terminados, usted puede ser elegible a los beneficios por Incapacidad del Estado. Para conocer más, llame al 800-480-3287 o visite su sitio en la web [www.EDD.ca.gov/disability/](http://www.EDD.ca.gov/disability/).

**Pago por Incapacidad Permanente:** Si su lesión o enfermedad resulta en una incapacidad permanente, usted puede recibir pagos adicionales. La cantidad será basada en una porción de su incapacidad permanente que es directamente atribuible a su trabajo y también dependerá del tipo de lesión, su edad, ocupación, y fecha de la lesión. Si su empleador tiene cincuenta (50) empleados o más, y se lesionó antes del 2013, la cantidad también puede ser afectada por si su empleador le hace una oferta adecuada de regreso al trabajo.

**Beneficio de Desplazamiento de Trabajo:** Si usted fue lesionado en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no le ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted puede cualificar para un vale no transferible que pague por re-entrenamiento y/o mejoramiento de destrezas. Si cualifica, el administrador de los reclamos pagará por los costos hasta un máximo establecido por la ley estatal.

**Beneficios por Muerte:** Si la lesión o enfermedad causa la muerte, los pagos pueden ser realizados a individuos que son financieramente dependientes del trabajador. Compensación de Trabajadores también paga una compensación por el entierro.

**EN CASO DE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO**

1. Para ambulancia, hospital, departamento de bomberos o de policía, llame al 911. Para cuidado médico que no sea de emergencia refiérase a la información del contacto médico a continuación, de lo contrario, busque primeros auxilios de su empleador.

Doctor/Clinic: \_\_\_\_\_  
Telephone: \_\_\_\_\_  
Address: \_\_\_\_\_

2. Reporte todas las lesiones INMEDIATAMENTE a su supervisor o representante de su empleador al \_\_\_\_\_ (número de teléfono). Se le requiere a su empleador que le proporcione a usted el formulario del reclamo dentro de un (1) día laborable de conocer de su lesión, asegúrese su derecho a los beneficios reportando toda lesión, sin importar cuán leve sea, y solicite el formulario del reclamo si es más que una simple lesión de primeros auxilios. Existen límites de tiempo para notificar a su empleador sobre una lesión en el trabajo, por lo que no se demore, esperar en hacer el reporte puede retrasar los beneficios de compensación de trabajadores y usted puede no ser capaz de recibir los beneficios si no presenta el reclamo dentro de un (1) año a partir de la fecha de la lesión, la fecha que usted supo que la lesión estaba relacionada con el trabajo, o la fecha en que los beneficios fueron proporcionados por última vez. Su empleador debe notificar al administrador de los reclamos y autorizar el cuidado médico consistente con las guías de tratamientos aplicables dentro de un (1) día laborable de recibir el formulario del reclamo completado y lo dirigirá a usted a un médico o clínica, si es necesario. Su empleador debe notificar al administrador de su reclamo y autorizar un cuidado médico consistente con las guías de tratamiento aplicables dentro de un (1) día laborable de haber recibido el formulario del reclamo completado y lo enviará a usted a un médico o clínica, si es necesario. Hasta que un reclamo es aceptado o denegado, los empleadores pueden ser responsables por hasta \$10,000 para tratamiento. Si su reclamo o beneficios son denegados, usted tiene derecho a impugnar la decisión de la Junta de Apelaciones de Compensación de Trabajadores, pero existen fechas límites de tiempo para completar los papeles, por lo que no se demore.

**FRAUDE A COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES ES UNA FELONÍA**

Cualquier persona que con conocimiento hace o causa que se haga cualquier declaración o representación materialmente falsa o fraudulenta con el propósito de obtener o denegar los beneficios o pagos de compensación de trabajadores es culpable de felonía y puede ser multado o encarcelado.

**EN CASO DE UNA LESIÓN EN EL TRABAJO CONT.**

3. Vea a su Médico Primario Tratante (PTP). Este médico es el médico con la responsabilidad general para tratar su lesión o enfermedad. Usted puede ser tratado inmediatamente por un médico personal pre-designado (doctor en medicina, doctor en medicina osteopática, o grupo de múltiples especialidades médicas) que lo ha tratado a usted en el pasado y tiene sus expedientes médicos si: 1) usted tiene cubierta de cuidados de la salud para lesiones y enfermedades no relacionadas con el trabajo; 2) antes de la lesión o enfermedad, su médico acuerda tratarlo para las lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo; y 3) usted le dio a su empleador por escrito el nombre y dirección del médico antes de la lesión o enfermedad. De otra manera, su empleador tiene derecho a seleccionar el médico que lo tratará por los primeros treinta (30) días, y el administrador de los reclamos hará los arreglos de su tratamiento médico, a menudo por un especialista para una lesión en particular. Aplican diferentes reglas relacionadas con su cuidado médico si usted le dio a su empleador el nombre de un médico personal quien es un quiropráctico o acupunturista, o si su empleador se encuentra utilizando una Organización de Cuidados de la Salud ("Health Care Organization, HCO") o un Proveedor de la Red Médica de compensación de trabajadores (MPN – vea a continuación), verifique con el administrador de su reclamo en estas situaciones.
4. Notifique al administrador de su reclamo si desea cambiar de médicos. Si no pre-designa un médico personal y su empleador no utiliza un HCO o un MPN, usted puede cambiar al médico de su elección treinta (30) días después de que la lesión es reportada, o si desea cambiar de médicos después de que la lesión es reportada, o si desea cambiar de médicos antes de esa fecha, el administrador de sus reclamos le entregará una lista de los médicos para que escoja de ella. Si se encuentra cubierto por un HCO o un MPN, su empleador debe proveerle con la información de estos planes, incluyendo como cambiar de médicos.
5. Vea al representante de su empleador o al administrador de su reclamo si tiene preguntas. Es ilegal para un empleador despedir o discriminar contra usted solo porque usted presenta, intenta presentar, o soluciona un reclamo de compensación de trabajadores, o porque usted festifica que un compañero de trabajo fue lesionado. Si usted prueba esta clase de discriminación, usted puede recibir la reinstalación en su trabajo, la pérdida de los salarios y mayores beneficios, más costos y gastos hasta el límite establecido por el estado.

**REDES DE PROVEEDORES MÉDICOS**

Una MPN es una red de proveedores de cuidados de la salud que tratan trabajadores lesionados en el trabajo. Si su empleador se encuentra utilizando una MPN y usted tiene un médico personal pre-designado, usted puede recibir tratamiento de ese médico. Si no tiene un médico personal pre-designado y su empleador tiene una MPN, usted puede cambiar a un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por su empleador. Si se encuentra recibiendo tratamiento para una lesión existente de un médico que no se encuentra en la MPN, a usted se le puede requerir que cambie a un médico dentro de la MPN. Si su empleador tiene una MPN, usted puede utilizar la información de contacto a continuación para obtener más información:

Núm. de Identificación de la MPN: 2486  
Lugar en la Web de la MPN: www.ACMClaims.com  
Fecha de Efectividad de la MPN: Inception Date of Policy  
Dirección Actual de la MPN: P.O. Box 85251, San Diego, CA 92186  
Si necesita ayuda localizando un médico de la MPN, tiene preguntas relacionadas con la MPN o desea presentar una querrela contra la MPN, comuníquese con el MPN Coordinator al 1.866.671.5042

**ADMINISTRADOR DE LOS RECLAMOS**

Nombre: **AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.**  Marque si el empleador es auto-asegurado  
Núm. de Teléfono: **866.671.5042** Fax: **619.744.5030**  
Fecha de Expiración de la Póliza: \_\_\_\_\_

Si el administrador de los reclamos se encuentra nombrado anteriormente, y el empleador no es auto-asegurado, usted puede encontrar el nombre del asegurador del empleador de compensación de trabajadores en [www.caworkcompcoverage.com](http://www.caworkcompcoverage.com) Si la póliza de compensación de trabajadores ha expirado, comuníquese con la División de Cumplimiento de Leyes Laborables (DLSE) o conozca más en [www.dir.ca.gov/dlse](http://www.dir.ca.gov/dlse) También puede obtener información gratuita en la División de Compensación de Trabajadores del Estado y el Oficial de Asistencia, para escuchar información grabada y obtener una lista de las oficinas locales llame al (800) 736-7401. Conozca más en [www.dwc.ca.gov](http://www.dwc.ca.gov) y tenga acceso al útil panfleto "Compensación de Trabajadores en California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." El Oficial de Información y Asistencia se encuentra localizado en:

Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfono: \_\_\_\_\_

---

---

AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.

Offers:

**REWARD**

**WORKERS'  
COMPENSATION  
CLAIMS  
FRAUD**

**\$1,000**

---

---

***FOR INFORMATION LEADING TO THE ARREST AND CONVICTION OF ANY CO-WORKER,  
HEALTH CARE PROFESSIONAL, OR ATTORNEY REPRESENTING A FRAUDULENT WORKERS'  
COMPENSATION CLAIM TO AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.\****

California law makes it a FELONY to make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement in order to obtain Workers' Compensation benefits (Insurance Code Section 1871.1). American Claims Management, Inc. believes that any party engaging in such fraud should be prosecuted to the fullest extent of the law, including JAIL SENTENCES.

Call our TOLL-FREE FRAUD HOTLINE immediately if you have information on a fraudulent claim. You, and all of us, reap the rewards of reducing workers' Compensation Fraud.

---

---

**TOLL FREE:**

**1-866-671-5042**

---

---

**American Claims Management, Inc.**

\*Maximum reward of \$1,000 per conviction. In the event more than one individual submits information regarding the same fraudulent claim, American Claims Management, Inc. will equally divide the reward among those providing information used in obtaining the conviction. American Claims Management, Inc. reserves the right to determine what information, if any, will be provided to the appropriate law enforcement agency. Criminal prosecutions are the sole responsibility of the authorities and may or may not be pursued at their discretion. Any issues regarding the interpretation of this policy shall be resolved by American Claims Management, Inc. at their sole discretion. Programs subject to change or termination without prior notice.

---

---



---

LA COMPAÑIA DE SEGUROS  
AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.

Ofrece:

**RECOMPENSA**

**DEMANDAS  
FRAUDULENTAS DE  
COMPENSACION DE  
TRABAJADORES**

**\$1,000**

---

***POR INFORMACIONES QUE CONDUZCAN AL ARRESTO Y CONDENA DE CUALQUIER TRABAJADOR,  
PROFESIONAL DE LA SALUD, O ABOGADO QUE PRESENTE UNA DEMANDA DE COMPENSACION  
FRAUDULENTA POR ACCIDENTE DEL TRABAJO A LA COMPAÑIA DE SEGUROS AMERICAN CLAIMS MANAGEMENT, INC.\****

Las leyes de California declaran que es un DELITO GRAVE presentar o hacer que se presenten pruebas falsas o declaraciones fraudulentas para obtener beneficios de compensación pro accidentes del trabajo (Código de Seguros, Sección 1871.1). La Compañía de Seguros American Claims Management, Inc. considera que toda persona que participa en este tipo de fraude debe ser castigado con toda la fuerza de la ley, incluyendo SENTENCIAS DE CARCEL.

Llame gratis por nuestra LINEA DIRECTA PARA REPORTAR FRAUDES inmediatamente si usted tiene informaciones de una demanda fraudulenta. Usted y todos nosotros obtendremos el beneficio de reducir los fraudes en la compensación de trabajadores.

---

**LLAMADA GRATIS:**

**1-866-671-5042**

---

**American Claims Management, Inc.**

\*La recompensa máxima es de \$1,000 por convicción. En caso de que más de una persona presente informaciones sobre la misma demanda fraudulenta, American Claims Management, Inc. dividirá la recompensa por partes iguales entre aquellas personas que aportaron informaciones para obtenerla convicción. American Claims Management, Inc. se reserva el derecho de determinar qué información presentará a la agencia judicial correspondiente. El proceso de crímenes es la responsabilidad exclusiva de las autoridades, que pueden decidir si el proceso debe entablarse o no. *Cualquier disputa que pudiera surgir en la interpretación de esta oferta será resuelta por la propia Compañía de Seguros American Claims Management, Inc. Este programa está sujeto a cambios a a cancelación sin aviso previo.*

---



## INSTRUCTIONS FOR IMPLEMENTING THE ACM MEDICAL PROVIDER NETWORK

Use the following steps to ensure that each employee is properly educated and notified about the operation of a Medical Provider Network (MPN). If the employee is not properly educated/notified of the MPN, or ACM cannot show proof an injured employee was notified, we may be unable to direct their medical treatment within the MPN.

### HOW TO OBTAIN ACM MPN ENROLLMENT MATERIALS

The following American Claims Management (ACM) MPN enrollment materials are available online in English and Spanish.

1. Employee Notification of Rights
2. MPN Employee Notification Affidavit to document the posting advisement of the Notification of Rights and Posting Notice
3. MPN Implementation Notice to New Employees (to be provided to new hires on or after 10-8-10)
4. Posting Notice (DWC7) (to be posted next to the Employee Notification of Rights)

To Access forms online:

1. Go to the ACM website at: [www.acmclaims.com](http://www.acmclaims.com)
2. Under Report a Claim, choose "Workers' Compensation"
3. Click on "Forms"
4. Choose a state
5. Under MPN Forms, select a insurance company
6. Available in English and Spanish versions are the Employee Notification of Rights, the Employee Notification Affidavit, the MPN Implementation Notice to New Employees, and Posting Notice

Note: This information cannot be modified as it has been expressly approved by the State and deviations are not permitted. If you want to personalize the material for your company, we suggest you do so via a separate cover memo.

### HOW TO ENROLL YOUR CURRENT & NEW EMPLOYEES IN THE ACM MPN

All current employees will need to immediately be notified of this new MPN. The "Notification Affidavit" that is included within the "ACM MPN Packet" shall be signed by all employees as a receipt verification of the MPN information. Once the employee has signed the form, you should keep this with their personnel file and if the employee sustains an injury, then provide a copy of the Affidavit with the first report of injury to ACM. The Notification Affidavit, with your employee's signature and date, provides ACM the necessary documentation to ensure MPN medical control.

There are several options available to you to ensure efficient distribution/documentation of the MPN Employee Notification Requirements:

1. Immediately provide each employee with a posting advisement to direct employees to where the Notification of Rights letter and Posting Notice are located. This can be done in person, via U.S. mail or a payroll stuffer. Follow up with the employees to verify receipt of the signed Notification Affidavit.
2. Hold an all-employee meeting and hand out the Notification of Rights letter in a large group. Have each employee sign and return the Notification Affidavit at the end of the meeting.
3. Send the Notification of Rights letter via e-mail to your all employee distribution list and copy [acmmpn@acmclaims.com](mailto:acmmpn@acmclaims.com)

For new employees hired on 10-8-10 or after, include a completed 'MPN Implementation Notice to New Employees' form within the ACM MPN Packet as apart of the new hire paperwork and secure the Affidavit during new employee enrollment.

### HOW TO FIND A MEDICAL PROVIDER IN THE ACM MPN

If an employee is injured, you must direct the injured worker to an MPN provider; however, in an emergency situation, always direct the injured worker to the nearest emergency room. To find a provider, log on to our web site at [www.acmclaims.com](http://www.acmclaims.com).

1. Under Report a Claim, choose "Workers' Compensation"
2. Click on the link "Medical Provider Network"

## INSTRUCCIONES PARA LA IMPLEMENTACIÓN DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DE ACM

Realice los siguientes pasos para asegurar que cada empleado reciba instrucciones y notificaciones apropiadas acerca de la operación de una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Si el empleado no recibe instrucciones/notificaciones apropiadas de la MPN o ACM no puede mostrar evidencia de que un trabajador lesionado recibió notificación, quizás no podamos dirigir su tratamiento médico dentro de la MPN.

## CÓMO OBTENER MATERIALES DE INSCRIPCIÓN EN LA MPN DE ACM

Los siguientes materiales de inscripción de la MPN de American Claims Management (ACM) están disponibles en línea en inglés y español.

1. Notificación de derechos del empleado
2. Declaración jurada de notificación al empleado de la MPN para documentar la publicación del aviso de Notificación de Derechos y Notificación de Publicación.
3. Notificación de Implementación a Empleados Nuevos de la MPN (que será entregada a empleados recién contratados a partir del 08-OCT-10).
4. Notificación de publicación (DWC7) (que se publicará luego de la Notificación de Derechos del Empleado)

Para acceder a los formularios en línea:

1. Visite el sitio Web de ACM: [www.acmclaims.com](http://www.acmclaims.com)
2. En "Report a Claim" (Informe un Reclamo), elija "Workers' Compensation" (Compensación del Trabajador)
3. Haga clic en "Forms" (Formularios).
4. Elija un estado
5. En "MPN Forms" (Formularios de MPN), seleccione una compañía de seguros
6. La Notificación de Derechos, la Declaración Jurada de Notificación al Empleado, la Notificación de Implementación de la MPN a Nuevos Empleados y la Notificación de Publicación están disponibles en versiones en inglés y español.

Nota: Esta información no puede ser modificada luego de ser expresamente aprobada por el Estado, y no se permite ninguna desviación. Si usted desea personalizar el material para su compañía, sugerimos hacerlo mediante un memorando de cobertura separada.

## CÓMO INSCRIBIR A EMPLEADOS NUEVOS Y ACTUALES EN LA MPN DE ACM

Todos los empleados actuales necesitarán recibir una notificación de inmediato acerca de esta nueva MPN. La "Declaración Jurada de Notificación" que se incluye dentro del "Paquete de la MPN de ACM" será firmada por todos los empleados como acuse de recibo de la información de la MPN. Una vez que el empleado haya firmado el formulario, usted debe conservarlo en su archivo de personal y si el empleado sufre una lesión, entonces envíe una copia de la Declaración Jurada con el primer informe de lesión a ACM. La Declaración Jurada de Notificación, junto con la firma y fecha de su empleado, proporciona a ACM la documentación necesaria para asegurar el control médico de la MPN.

Hay varias opciones disponibles para usted a fin de asegurar la distribución/documentación eficiente de los requisitos de Notificación al Empleado acerca de la MPN:

1. Entregar de inmediato a cada empleado un aviso de publicación que dirija a los empleados al lugar donde se ubica la Carta de Notificación de Derechos y el Aviso de Publicación. Esto se puede realizar en persona, vía correo postal o folleto de planillas de pago. Realizar el seguimiento de los empleados para verificar la recepción de la Declaración Jurada de Notificación firmada.
2. Celebrar reuniones con todos los empleados y entregar la carta de Notificación de Derechos en un grupo grande. Disponer que cada empleado firme y devuelva la Declaración Jurada de Notificación al final de la reunión.
3. Enviar la carta de Notificación de Derechos vía correo electrónico a su lista de distribución de empleado y una copia a [acmmpn@acmclaims.com](mailto:acmmpn@acmclaims.com)

Para los empleados nuevos contratados a partir del 08-OCT-10, incluir el formulario de "Notificación de Implementación a Empleados Nuevos de la MPN" dentro del Paquete de la MPN de ACM como parte de los documentos del empleado Nuevo y asegurar la obtención de la Declaración Jurada durante la inscripción de cada empleado nuevo.

## CÓMO HALLAR A UN PROVEEDOR MÉDICO EN LA MPN DE ACM

Si un empleado resulta lesionado, usted debe dirigir al trabajador lesionado a un proveedor de la MPN; sin embargo, en una situación de emergencia, siempre dirija al trabajador lesionado a la sala de emergencia más cercana. Para hallar a un proveedor, iniciar sesión en nuestro sitio Web [www.acmclaims.com](http://www.acmclaims.com)

1. En "Report a Claim" (Informe un Reclamo), elija "Workers' Compensation" (Compensación del Trabajador)
2. Haga clic en el vínculo "Medical Provider Network" (Red de Proveedores Médicos).



---

## MPN Implementation Notice to New Employees

Effective October 8, 2010

### Notice to Employee:

Unless you pre-designate a physician or medical group prior to injury, your new work injuries arising on or after \_\_\_\_\_ will be treated by providers within the Medical Provider Network

(MPN), \_\_\_\_\_.

If you have an existing injury, you may be required to change to a provider in the MPN. Check with your claims adjuster at American Claims Management, Inc. (ACM). You may obtain more information about the MPN from the workers' compensation poster or from your employer.

---

### Notice to Employer:

This MPN Implementation Notice must be provided to all new employees at the time of hire. The notice shall be provided in English and Spanish, if employee is Spanish-speaking. The notice can be provided by mail or included on or with an employee's paystub/paycheck or distributed through electronic means, including email if the employee has regular electronic access to email at work.

"Effective Date" noted above is the date that the MPN information was posted.

"MPN Name" – If you are unaware of the name of the MPN, you can call the MPN Helpdesk at (866) 671-5042.



---

## Notificación de Implementación de Red de Proveedores Médicos (MPN) para Empleados Nuevos

Fecha efectiva : 8 de octubre de 2010

### Notificación al Empleado:

A menos que usted pre-designe a un médico o grupo médico antes de lesionarse, sus nuevas lesiones laborales surgidas el día \_\_\_\_\_ o con posterioridad a esa fecha serán tratadas por proveedores

comprendidos en la Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés), \_\_\_\_\_.

Si usted tiene una lesión existente, puede que se le exija cambiarse a un proveedor de la MPN. Verifique con su liquidador de reclamos en American Claims Management, Inc. (ACM). Usted podrá tener mayores informaciones acerca de la MPN en el afiche de compensación a trabajadores o de parte de su empleador.

---

### Notificación al Empleador:

La presente Notificación de Implementación de MPN deberá ser proporcionada a todos los empleados al momento de su contratación. La notificación será entregada en inglés y español, si el empleado es hispanoparlante. La notificación podrá ser entregada por correo o incluida en o conjuntamente con el comprobante de pago/cheque de remuneración del empleado o distribuida por medios electrónicos, incluyendo correos electrónicos si el empleado tiene acceso habitual a correos electrónicos en su trabajo.

La "Fecha Efectiva" enunciada más arriba es la fecha en que se publicó la información sobre la MPN.

"Nombre de la MPN" – Si usted no está al tanto del nombre de la MPN, puede llamar a la Mesa de Ayuda de MPN al número (866) 671-5042.



## Employee Notification Affidavit

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

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

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

Please sign below to indicate that you have read and understand the above procedures as well as the Initial Written MPN Employee Notification in the event of an injury and your duties under our Medical Provider Network.

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Employee Signature

\_\_\_\_\_  
Employer Signature

\_\_\_\_\_  
Employee Number

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



## Notificación Declaración Jurada de Empleados

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

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

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

Por favor firme abajo para indicar que usted ha leído y entendido los procedimientos anteriores, así como la Initial Written MPN Employee Notification en el caso de una lesión y sus funciones en virtud de nuestra Red de proveedores médicos.

\_\_\_\_\_

Imprima Nombre

\_\_\_\_\_

Fecha

\_\_\_\_\_

Firma de empleado

\_\_\_\_\_

Firma de empleador

\_\_\_\_\_

Número de empleado

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

# Covered Employee Notification of Rights Materials

## Regarding

Marquee Managed Care Solutions, Inc.  
Marquee Managed Care Solutions Plus MPN  
MPN ID # 2486

---

This pamphlet contains important information about your medical care in case of a work-related injury or illness

---

### You Are Important To Us

Keeping you well and fully employed is important to us. It is your employer's goal to provide you employment in a safe working environment. However, should you become injured or ill, as a result of your job, we want to ensure you receive prompt quality medical treatment. Our goal is to assist you in making a full recovery and returning to your job as soon as possible. In compliance with California law, we provide workers' compensation benefits, which include the payment of all appropriate medical treatment for work-related injuries or illnesses. If you have any questions regarding the MPN, please contact the MPN Contact by phone at (866) 671-5042, or email [mpn@marqueemcs.com](mailto:mpn@marqueemcs.com). If you need an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness you can contact your claims examiner if one has been assigned to your case.

### Marquee Managed Care Solutions Plus MPN

Marquee Managed Care Solutions, Inc. provides access to medical treatment in the event you sustain a work-related injury or illness through Marquee Managed Care Solutions Plus MPN. Marquee Managed Care Solutions Plus MPN accesses medical treatment through selected Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO ("Blue Cross of California") providers and the Kaiser-On-the-Job Provider Network. Anthem Blue Cross contracts with doctors, hospitals and other providers to respond to the special requirements of on-the-job injuries or illnesses.

### Access to Care

If you should experience a work-related injury or illness, you should:

#### Notify your employer:

- Immediately notify your supervisor or employer representative so you can secure medical care. Employers are required to authorize medical treatment within one working day of your filing of a completed claim form (DWC-1). To ensure your rights to benefits, report every injury and request a claim form.

#### Initial or Urgent Care:

- If medical treatment is needed, your employer will direct you to an MPN provider upon initial report of injury. An appointment for initial medical care should be immediate but in no event longer than 3 business days of a covered employee's notice to your employer or MPN Medical Access Assistant that treatment is needed.

**For Emergency Care:**

- In the case of emergency\* go to the nearest healthcare provider. Once your condition is stable, contact your employer, the claims administrator **American Claims Management, Inc. #866.671.5042**, or Medical Access Assistant for assistance in locating a MPN provider for continued care.

*\*Emergency care is defined as a need for those health care services provided to evaluate and treat medical conditions of a recent onset and severity that would lead a lay person, possessing an average knowledge of medicine, to believe that urgent care is required.*

**Subsequent Care:**

- All medical non-emergencies, which require ongoing treatment, in-depth medical testing or a rehabilitation program, must be authorized by your claims examiner and based upon medically evidenced based treatment guidelines (California Labor Code §5307.27, and as set forth in title 8, California Code of Regulations, section 9792.20 et seq.). Access to subsequent care, including specialist services, shall be available within no more than twenty (20) business days of a covered employee's reasonable requests for an appointment through an MPN Medical Access Assistant. If an MPN Medical Access Assistant is unable within ten business days to schedule an initial medical appointment that will occur within twenty (20) business days of an employee's request, then **Marquee Managed Care Solutions, Inc.** shall permit the employee to obtain necessary treatment with an appropriate specialist outside of the MPN. The MPN physician, who is the primary treating physician, will continue to direct all of the covered injured employee's medical treatment needs.
- If a covered employee is not able to obtain from an MPN physician reasonable and necessary medical treatment within the applicable access standards noted above, the covered employee will be permitted to obtain necessary treatment for that injury from an appropriate specialist outside the MPN within a reasonable geographic area. When the MPN is able to provide the necessary treatment through an MPN physician, a covered employee treating outside the MPN may be required to treat with an MPN physician when a transfer is appropriate.
- If ancillary services are not available within a reasonable time or a reasonable geographic area to a covered employee, then the employee may obtain necessary ancillary services outside of the MPN within a reasonable geographic area.

**If you are temporarily working, relocate or move outside of the MPNs geographic service area and are injured:**

The following is Marquee Managed Care Solutions, Inc.'s written policy for arranging or approving non-emergency medical care for: (1) a covered employee authorized by the employer to temporarily work or travel for work outside of the MPN geographic service area when the need for medical care arises; (2) a former employee whose employer has ongoing workers' compensation obligations and who permanently resides outside the MPN geographic service area; and (3) an injured employee who decides to temporarily reside outside the MPN geographic service area during recovery.

- When an employee has a work-related non-emergency injury or illness outside of the service area, the employee should notify the employer and seek treatment at the closest occupational health or primary care clinic to the patient.
- In the event of an emergency or if urgent care is needed, the employee should seek medical attention from the nearest hospital or urgent care center. If feasible, the employee or a



personal representative should report his/her injury/illness within 24 hours of receiving treatment.

- Once the injured/ill employee returns to the service area, medical care will be transferred to a provider within the MPN.
- Employees that are temporarily working, relocate or move outside of the MPN's geographic service area will have a choice of at least three physicians outside the MPN geographic service area who either have been referred by the employee's primary treating physician within the MPN or have been selected by the MPN Applicant. In addition to the physicians within the MPN, the employee may change physicians among the referred physicians and may obtain a second and third opinion from the referred physicians. Referred physicians will be located within the access standards described in this notice e.g. 15 miles or 30 minutes for primary care and 30 miles or 60 minutes for specialty care.
- The MPN does not prevent a covered employee outside the MPN geographic service area from choosing a provider for non-emergency medical care.

**Upon your return to California, should you require ongoing medical care, immediately contact your claims examiner or your employer for referral to a MPN provider for continued care.**

### **How to Choose a Physician within the MPN**

The MPN has providers for the entire state of California. The MPN must give you a regional list of providers that includes at least 3 physicians in each specialty commonly used to treat work related injuries or illnesses in your industry. The MPN must provide access to primary treating physicians within 15 miles or 30 minutes, and specialists within 30 miles or 60 minutes.

To locate a participating provider or obtain a regional listing:

#### **Provider Directories:**

- On-line Directories – if you have internet access, you can access the roster of all treating physicians in the MPN by going to the website <https://www.viiad.com/anthemcompass/kbacmnse>. A copy of the complete provider listing is also available in writing or electronic copy upon request. For more information about the MPN go to <https://www.viiad.com/anthemcompass/kbacmnse>. Secondary treating physicians and specialists that can only be seen with an approved referral are clearly designated “by referral only” in the online provider finder and roster of all treating physicians.
- If you do not have internet access, you may request assistance locating an MPN provider or obtaining an appointment by contacting the Medical Access Assistant at (844) 736-4446, email at [MarqueePlusMAA@anthemwc.com](mailto:MarqueePlusMAA@anthemwc.com), and fax (855) 279-2517.
- Promptly contact your claims examiner to notify us of any appointment you schedule with an MPN provider.

#### **Choosing a Physician (for all initial and subsequent care):**

- Your employer will direct you to an MPN provider upon initial report of injury. You have the right to be treated by a physician of your choice within the MPN *after your initial visit*.
- The providers you choose should be appropriate to treat your injury
- If you wish to change your MPN physician after your initial visit, you may do so by:

- Accessing the on-line provider directories (see above)
- Call the Medical Access Assistant or Claims Professional
- If you have trouble getting an appointment with a provider within the MPN contact the Medical Access Assistant as soon as you are able and they can assist you.
- If you select a new physician, immediately contact your claims examiner and provide him or her with the name, address and phone number of the physician you have selected. You should also provide the date and time of your initial evaluation.
- If it is medically necessary for your treatment to be referred to a specialist, your MPN physician can make the appropriate referral within the network or you may select a specialist of your choice within the MPN
- If a chiropractor is selected as a treating physician, the chiropractor may act as a treating physician only until the 24-visit cap is met unless otherwise authorized by the employer or insurer, after which the covered employee must select another treating physician in the MPN who is not a chiropractor, and if the employee fails to do so, then the insurer or employer may assign another treating physician who is not a chiropractor.
- If a type of specialist is needed, or recommended by your MPN physician, but is not available to you within the network, you will be allowed to treat with a specialist outside of the network. Your claims examiner can assist you to identify appropriate specialists if requested. Once you have identified the appropriate specialist outside of the network, schedule an appointment and notify your primary treating physician and claims examiner of the appointment date and time. Your MPN physician, who is your primary treating physician, will continue to direct all of your medical treatment needs.
- If the MPN cannot provide access to a primary treating physician within 15 miles or 30 minutes of your workplace or residence, the MPN may allow you to seek treatment outside the MPN. Please contact your claims examiner for assistance.

### **Medical Access Assistant(s)**

MPN Medical Access Assistants are available, at a minimum, from Monday through Saturday (excluding Sundays and holidays) from 7 am to 8 pm, Pacific Time, to provide covered employee assistance with access to medical care under the MPN. The assistance includes but is not limited to contacting provider offices during regular business hours to find available MPN physicians of your choice, and scheduling and confirming physician medical appointments. Assistance is available in English and Spanish.

At least one MPN medical access assistant is available to respond at all required times, with the ability for callers to leave a voice message. Medical access assistants will respond to calls, faxes or messages by the next day, excluding Sundays and holidays. MAAs work in coordination with the MPN Contact and the claims adjuster(s) to ensure timely and appropriate medical treatment is available to you. You may contact the Medical Access Assistant at (844) 736-4446, email at [MarqueePlusMAA@anthemwc.com](mailto:MarqueePlusMAA@anthemwc.com), and fax (855) 279-2517.

### **Second and Third Opinions**

#### **Second Opinion:**

- If you disagree with either the diagnosis or the treatment prescribed by your MPN physician, you may obtain a second opinion within the MPN. During this process you are required to continue your treatment with an MPN physician of your choice. In order to obtain a second opinion you and the MPN share responsibilities:
  - Inform your claims examiner of your dispute regarding your treating physician's opinion either orally or in writing.
  - You are to select a physician or specialist from a regional list of available MPN providers, which will be provided to you by your claims examiner upon notification of your request for a second opinion.
  - You are to make an appointment within 60 days.
  - You are to inform your claims examiner of the appointment date and time.
  - You shall be deemed to have waived your right to a second opinion if you do not make an appointment within 60 days from receipt of the list.
  - You have the right to request a copy of the medical records sent to the second opinion physicians.
  - 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 you and your employer or insurer. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.

**Third Opinion:**

- If you disagree with either the diagnosis or the treatment prescribed by the second opinion physician, you may obtain a third opinion within the MPN. During this process you are required to continue your treatment with a MPN physician of your choice. In order to obtain a third opinion you and the MPN share responsibilities:
  - Inform your claims examiner of your dispute regarding your treating physician's opinion either orally or in writing.
  - You are to select a physician or specialist from the list of available MPN providers previously provided or you may request a new regional area list.
  - You are to make an appointment within 60 days.
  - You are to inform your claims examiner of the appointment date and time.
  - You shall be deemed to have waived your right to a third opinion if you do not make an appointment within 60 days from receipt of the list.
  - You have the right to request a copy of the medical records sent to the third opinion physician.
  - If the third opinion doctor feels that your injury is outside of the type of injury he or she normally treats, the doctor's office will notify you and your employer or insurer. You will get another list of MPN doctors or specialists so you can make another selection.
- If the MPN does not contain a physician who can provide the treatment recommended by the Second or Third Opinion physician, the employee may choose a physician outside the MPN within a reasonable geographic area. The covered employee may obtain the recommended treatment by changing physicians to the second opinion physician, third opinion physician, or other MPN physician
- At the time of selection of the physician for a third opinion, the MPN Contact will notify you about the MPN Independent Medical Review process and provide you with an application for the Independent Medical Review process (see below).

- 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.

## Continuity of Care Policy

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 continuing your care with the non-MPN provider, you and your primary treating physician must receive a letter of notification.

If you meet certain conditions, you may qualify to continue treating with this doctor for up to a year before you must switch to MPN physicians. These conditions are:

- **(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 termination of contract date between the MPN and your doctor.

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 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, the employer can transfer your care to another physician within the MPN.

You will need to give a copy of the report to your employer if you wish to postpone the transfer of your care into the MPN. 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 entire Continuity of Care policy in English or Spanish, ask your MPN Contact or your claims examiner.

## Transfer of Care Policy

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 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 current doctor is not or does not become a member of the MPN, then you may be required to see a MPN physician.

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:

- **(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.

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 a 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 entire transfer of care policy in English or Spanish, ask your MPN Contact or your claims examiner.

### For Questions or MPN Information

#### What if I have questions or need help :

- **MPN Contact:** You may always contact the MPN Contact to answer questions about the use of MPNs or to submit a formal MPN complaint by mail at P.O. Box 85251 San Diego, CA 92186 , phone at (866) 671-5042 , by fax (619) 744-5030 , or email [mpn@marqueemcs.com](mailto:mpn@marqueemcs.com). If you need an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness you can contact your claims examiner if one has been assigned to your case.
- **Medical Access Assistants** are available Monday through Saturday (**excluding Sundays and holidays**) from 7 am to 8 pm, Pacific Time, by phone at (844) 736-4446, email at [MarqueePlusMAA@anthemwc.com](mailto:MarqueePlusMAA@anthemwc.com), fax (855) 279-2517.
- **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 DWC's Information and Assistance Unit at 800-736-7401. You can also go to DWC's website at [www.dir.ca.gov/dwc](http://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 Independent Medical Review process contact the Division of Workers' Compensation Medical Unit at:

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

# **Materiales para la Notificación de los Derechos del Empleado Cubierto**

**En relación con**

Marquee Managed Care Solutions, Inc.

**Marquee Managed Care Solutions Plus MPN**

MPN ID # 2486

---

**Este panfleto contiene información importante sobre su atención médica, en caso de que sufra una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo**

---

## **Su bienestar es importante para nosotros**

Para nosotros es importante que usted goce de buena salud y que mantenga óptima capacidad laboral. La meta de su empleador es proveerle un entorno de trabajo seguro. Sin embargo, si sufriera una lesión o enfermedad a causa de su trabajo, queremos asegurarnos de que reciba oportunamente tratamiento médico de calidad. Nuestra meta es ayudarle a que se recupere totalmente y regrese a trabajar tan pronto como le sea posible. En cumplimiento con las leyes de California, les ofrecemos a nuestros empleados beneficios de compensación de trabajadores, los cuales incluyen el pago por todo el tratamiento médico apropiado por aquellas lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Si tiene alguna pregunta con relación a la MPN, sírvase comunicarse con MPN Contact por teléfono al (866) 671-5042 o por correo electrónico [mpn@marqueemcs.com](mailto:mpn@marqueemcs.com).

## **Marquee Managed Care Solutions Plus MPN**

Marquee Managed Care Solutions, Inc. le provee acceso a tratamiento médico, en caso de que usted sufra alguna lesión o enfermedad a través de Marquee Managed Care Solutions Plus MPN. Marquee Managed Care Solutions Plus MPN obtiene acceso al tratamiento médico provisto por proveedores seleccionados de Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO (“Blue Cross of California”) y Kaiser-On-the-Job Provider Network. Anthem Blue Cross celebra contratos con médicos, hospitales y otros proveedores, para responder a la atención especial que exigen las lesiones o enfermedades sufridas en el trabajo.

### ***Acceso a la Atención Médica***

Si usted llegara a sufrir una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, debe:

#### **Notificarle a su empleador:**

- Debe inmediatamente notificarle a su supervisor o al representante del empleador, para que se le pueda prestar atención médica. A los empleadores se les exige que autoricen el tratamiento médico en el transcurso de un día laboral, después de que usted haya llenado el formulario para reclamo (DWC-1). Para asegurar su derecho a recibir beneficios debe reportar cada lesión y solicitar un formulario de reclamo.

#### **Atención inicial o de urgencia:**

- Si necesita tratamiento médico, su empleador le indicará que debe visitar a un proveedor de atención médica MPN, tan pronto reporte la lesión. La obtención de atención médica debe ser inmediata, pero en ningún caso deberá exceder de 3 días hábiles después de que el empleado cubierto haya dado aviso a su empleador o a la Asistencia para Acceso Médico de la MPN de que necesita tratamiento .

**Atención de emergencia:**

- En caso de que necesite atención de emergencia\*, debe dirigirse al proveedor médico más cercano. Tan pronto su salud se haya estabilizado, debe comunicarse con su empleador, el Administrador de reclamaciones American Claims Management, Inc. #866.671.5042, o llame a la Asistencia para Acceso Médico y solicite que le ayuden a encontrar a un proveedor de la MPN, para que le presten atención continua.

*\*La atención de emergencia se define como la necesidad de obtener servicios médicos, para la evaluación y tratamiento médico, por algún trastorno que se le haya presentado recientemente y, que sea de tal gravedad, que llevaría a una persona con conocimientos promedios de medicina, a creer que necesita atención de emergencia.*

**Atención subsecuente:**

- Toda atención médica que no sea de emergencia, pero que requiera atención médica continua y que requiera pruebas médicas más detalladas o un programa de rehabilitación, lo debe autorizar el ajustador de reclamos, y estar basada en las pautas de tratamiento basadas en pruebas médicas (Código Laboral de California §5307.27, y lo determinado en el título 8 del Código de California de Regulaciones, sección 9792.20 et seq.). El acceso a atención médica posterior, incluyendo los servicios de especialistas deberá ponerse a su disposición en un plazo que no exceda de veinte (20) días útiles desde que el empleado cubierto hiciera solicitudes razonables para obtener una cita a la Asistencia para Acceso Médico de la MPN. Si la Asistencia para Acceso Médico de la MPN no pudiera hacer una cita médica inicial que tenga lugar en un plazo de veinte (20) días útiles de la solicitud del empleado, entonces la Marquee Managed Care Solutions, Inc. permitirá al empleado obtener el tratamiento necesario con un especialista apropiado fuera de la MPN. El médico de la MPN, que sea el médico de atención primaria continuará dirigiendo todas las necesidades de tratamiento médico del empleado lesionado cubierto.
- Si un empleado cubierto no pudiera obtener tratamiento médico razonable y necesario de un médico de la MPN conforme a los estándares de acceso aplicables indicados arriba, se permitirá al empleado cubierto obtener el tratamiento necesario para esa lesión de un especialista apropiado fuera de la MPN, localizado en un área geográfica razonable. Cuando la MPN pueda proporcionar el tratamiento necesario por medio de un médico de la MPN, se le podría requerir al empleado cubierto que esté recibiendo tratamiento fuera de la MPN que se trate con médico de la MPN cuando la transferencia sea apropiada.
- Si no hay servicios auxiliares disponibles en un tiempo razonable o en un área geográfica razonable para el empleado cubierto, entonces el empleado puede obtener servicios auxiliares necesarios fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable.

**Si se encuentra trabajando temporalmente fuera del área geográfica de servicio de la MPN, o si cambia su lugar de residencia o se muda fuera de dicha área de servicio y se lesiona:**

Las siguientes son las normas por escrito de Marquee Managed Care Solutions, Inc. para hacer arreglos o aprobar la atención médica que no sea de emergencia para: (1) un empleado cubierto autorizado por el empleador para trabajar temporalmente o para viajar por razones de trabajo fuera del área geográfica de servicio de la MPN cuando surja la necesidad de atención médica;



(2) un empleado cuyo empleador continúe teniendo obligaciones bajo la compensación de trabajadores y que resida permanentemente fuera del área geográfica de servicio de la MPN; y (3) un empleado lesionado que decida residir temporalmente fuera del área geográfica de servicio de la MPN durante su recuperación.

- Cuando un empleado sufra una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que no sea de emergencia y se encuentra fuera del área de servicio, el empleado deberá notificar al empleador y buscar tratamiento en la clínica de salud ocupacional o en la clínica de atención primaria más cercana al paciente.
- En caso de una emergencia o si necesita atención de urgencia, el empleado deberá buscar atención médica en el hospital o centro de tratamiento de urgencias más cercano. De ser posible, el empleado o un representante personal deberá dar aviso sobre la lesión/enfermedad en un plazo de 24 horas de haber recibido tratamiento.
- Una vez que el empleado lesionado o enfermo regrese al área de servicio, su tratamiento médico será transferido a un proveedor afiliado a la MPN.
- Los empleados que estén trabajando temporalmente fuera del área geográfica de servicio de las MPN, o hayan cambiado su lugar de residencia o se hayan mudado fuera de dicha área de servicio podrán elegir entre, por lo menos, tres médicos localizados fuera del área geográfica de servicio de la MPN, a los que hubiera sido referidos por el médico de tratamiento primario de la MPN del empleado o que hubieran sido seleccionados por el solicitante de la MPN. Además de los médicos afiliados a la MPN, el empleado puede cambiar de médico entre los médicos a los que se le refirió, y puede obtener una segunda y una tercera opinión de los médicos referidos. Los médicos referidos estarán localizados dentro de los estándares de acceso descritos en este aviso, esto es, en un radio de 15 millas o 30 minutos para el cuidado primario y de 30 millas o 60 minutos para la atención especializada.
- La MPN no impide que un empleado cubierto que se encuentra fuera del área geográfica de servicio de la MPN pueda elegir a un proveedor para tratamiento médico que no sea de emergencia.

**Cuando regrese a California, y si aún necesita atención médica continua, inmediatamente comuníquese con el ajustador de su reclamo o su empleador, para que lo refieran a un proveedor de la MPN y le presten atención médica continua.**

### **Cómo seleccionar un médico dentro del sistema MPN**

La MPN dispone de proveedores en todo el estado de California. La MPN debe proporcionarle una lista de proveedores regionales que incluya por lo menos a 3 médicos de cada especialidad, comúnmente aplicada en el tratamiento de lesiones o enfermedades laborales, en su industria. La MPN debe poner a su disposición médicos de atención primaria, localizados en un área de 15 millas o 30 minutos de su lugar de residencia, y de especialistas en un área de 30 millas o 60 minutos.

Para ubicar a un proveedor participante u obtener un directorio regional:

#### **Directorios de proveedores médicos:**

Directorios en línea: Si usted tiene acceso a internet, puede obtener la lista de todos los médicos que proporcionan tratamiento en la MPN en la página web

<https://www.viiad.com/anthemcompass/kbacmnse>. También puede solicitar una copia impresa o una copia electrónica de la lista completa de proveedores. Si desea información adicional sobre la MPN vaya a <https://www.viiad.com/anthemcompass/kbacmnse>. Los médicos de tratamiento secundario y especialistas a los que puede consultar solo con una derivación aprobada están claramente identificados con la indicación "solo por derivación" ["by referral only", en inglés] en el buscador de proveedores en línea y la lista de todos los médicos de tratamiento.

- Si no dispone de acceso a internet, puede solicitar que se le asista para localizar a algún proveedor de la MPN o para concertar una cita llamando a la Asistencia para Acceso Médico al (844) 736-4446, por correo electrónico al [MarqueePlusMAA@anthemwc.com](mailto:MarqueePlusMAA@anthemwc.com), y por fax al (855) 279-2517.
- Comuníquese a la brevedad con el ajustador de reclamos y notifíquelo de cualquier cita que haya concretado con algún proveedor de la MPN.

**Para seleccionar un médico (para toda atención médica inicial y subsecuente):**

- Cuando inicialmente reporte una lesión, su empleador lo enviará a alguno de los proveedores de la MPN. Usted tiene derecho a que el médico que usted elija, dentro de la MPN, le someta a tratamiento *después de su visita inicial*.
- Los proveedores que elija deben ser apropiados para tratar su lesión.
- Si desea cambiar su médico de la MPN después de su visita inicial, puede hacerlo utilizando:
  - Nuestros directorios de proveedores en línea (ver la explicación anterior)
  - Llamando a la Asistencia para Acceso Médico o al profesional de reclamos
- Si tiene problemas para hacer una cita con un proveedor de la MPN, comuníquese con el Asistente para Acceso Médico tan pronto como pueda, y ellos le ayudarán.
- Si selecciona a un nuevo médico, inmediatamente debe ponerse en comunicación con el ajustador de reclamos y darle el nombre, dirección y número de teléfono del médico que haya seleccionado. También debe dar la fecha y hora de la evaluación inicial.
- En caso que sea médicamente necesario que lo vea un especialista para el tratamiento, su médico de la MPN le puede recomendar a un especialista que pertenezca a la red, o usted puede escoger al especialista que prefiera dentro de la MPN.
- Si selecciona a un quiropráctico como el médico encargado de su tratamiento, el quiropráctico puede actuar como médico encargado de su tratamiento solo hasta un límite de 24 visitas, salvo que su empleador o la compañía de seguros autorizaran lo contrario, después de las cuales el empleado cubierto deberá elegir a otro médico encargado de su tratamiento de la MPN que no sea un quiropráctico, y si el empleado no lo hiciera, entonces la compañía de seguros o el empleador podrán asignar a otro médico encargado del tratamiento que no sea un quiropráctico.
- Si fuera necesario que viera a algún especialista o si su médico de la MPN le ha recomendado que visite a alguno, pero usted no encuentra alguno disponible dentro de la red, se le permitirá que visite a un especialista que no pertenezca a la red. Si usted lo desea, el ajustador de su reclamo puede ayudarle a encontrar a los especialistas apropiados. Una vez que haya encontrado al especialista apropiado fuera de la red, debe hacer una cita y avisarle a su médico de atención primaria y a su ajustador de seguros sobre la fecha y hora de su cita. Su médico de la MPN, quien es su médico de atención primaria, continuará dirigiendo todas sus necesidades de tratamiento médico.
- Si la MPN no puede proporcionarle acceso a un médico de atención primaria dentro de un área de 15 millas o a una distancia de 30 minutos de su lugar de trabajo o de residencia, la

MPN puede permitirle que busque tratamiento fuera de la MPN. Sírvase comunicarse con su ajustador de seguros para que le proporcione asistencia.

### **Asistente(s) para Acceso Médico**

Los Asistentes para el Acceso Médico de la MPN están disponibles, como mínimo, de lunes a sábado (excluyendo domingos y feriados) de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, para facilitar al empleado cubierto su acceso al cuidado médico disponible en la MPN. La asistencia incluye, aunque no está limitada a la comunicación con las oficinas de los proveedores, durante horas laborales regulares, a fin de que encuentre a los médicos de la MPN disponibles que elija, así como hacer y confirmar citas con médicos. La asistencia está disponible en inglés y español.

Como mínimo hay un asistente para el acceso médico en la MPN disponible para atenderle durante todas las horas requeridas, y todas las personas que llamen pueden dejar mensajes de voz. Los asistentes para el acceso médico darán respuesta a llamadas, faxes o mensajes el día siguiente, exceptuando los domingos y feriados. Dichos asistentes trabajan en coordinación con la persona encargada de la MPN y el (los) ajustador(es) de reclamos a fin de asegurarle un tratamiento médico oportuno y apropiado. Comuníquese con un Asistente para Acceso Médico en el (844) 736-4446, por correo electrónico en el [MarqueePlusMAA@anthemwc.com](mailto:MarqueePlusMAA@anthemwc.com), y por fax en el (855) 279-2517.

### **Segunda y Tercera Opinión**

#### **Segunda opinión:**

- Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento prescrito por su médico de la MPN, puede obtener una segunda opinión dentro de la MPN. Durante el periodo de este proceso a usted se le exige continuar con el tratamiento con el médico de la MPN que usted elija. Pero para poder obtener una segunda opinión, usted y la MPN comparten algunas responsabilidades:
  - Debe informar oralmente o por escrito al ajustador de su reclamo, sobre su desacuerdo con la opinión del médico que lo trata.
  - Usted debe seleccionar un médico o especialista que aparezca en la lista regional de los proveedores médicos disponibles de la MPN, la que le será proporcionada por el ajustador de su reclamo, una vez que usted le notifique que desea obtener una segunda opinión.
  - Usted debe hacer una cita en el transcurso de 60 días.
  - Usted debe informarle a su ajustador de reclamos sobre la fecha de la cita y la hora.
  - Se dará por hecho que ha renunciado a su derecho a una segunda opinión, en caso de que no haga la cita en el transcurso de 60 días, contados a partir de la fecha en que recibió la lista.
  - Usted tiene el derecho de solicitar una copia de los registros médicos enviados al médico de la segunda opinión.
  - Si el médico de la segunda opinión considera que su lesión se encuentra fuera del tipo de lesión que trata normalmente, la oficina del médico le debe notificar a usted y a su empleador o a la empresa de seguros. Se le enviará otra lista de médicos o especialistas de la MPN, para que pueda seleccionar a otro médico.

### **Tercera Opinión:**

- En caso de que no esté de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento prescrito por el médico de la segunda opinión, puede obtener una tercera opinión dentro de la misma MPN. Durante este proceso está obligado a continuar con el tratamiento provisto por el médico de la MPN que haya elegido. Para poder obtener una tercera opinión, usted y la MPN comparten responsabilidades, tales como:
  - Debe informarle oralmente o por escrito al ajustador de su reclamo de su desacuerdo con la opinión de su médico tratante.
  - Usted debe seleccionar a algún médico o especialista de los proveedores médicos disponibles de la lista de la MPN que se le proporcionó previamente, o puede solicitar una nueva lista del área regional.
  - Usted debe hacer una cita en el transcurso de 60 días.
  - Usted debe informarle a su ajustador de reclamos sobre la fecha y hora de la cita.
  - Se dará por hecho que ha renunciado a su derecho a una tercera opinión, en caso de que no haga la cita en el transcurso de 60 días, contados a partir de la fecha en que recibió la lista.
  - Usted tiene derecho de solicitar una copia de los registros médicos enviados al médico de la tercera opinión.
  - Si el médico de la tercera opinión considera que su lesión se encuentra fuera del tipo de lesión que trata normalmente, la oficina del médico le debe notificar a usted y a su empleador o a la empresa de seguros. Se le enviará otra lista de los médicos o especialistas de la MPN para que pueda seleccionar a otro médico.
  
- Si la MPN no tiene un médico que puede proporcionar el tratamiento recomendado por el médico de la segunda o tercera opinión, el empleado puede elegir un médico fuera de la MPN localizado en un área geográfica razonable. El empleado cubierto puede obtener el tratamiento recomendado mediante su cambio al médico de la segunda opinión, al médico de la tercera opinión o a otro médico de la MPN.
  
- En el momento que usted seleccione al médico para la tercera opinión, la persona encargada en la MPN le notificará sobre el proceso para la Revisión Médica Independiente (*Independent Medical Review*) a seguir, y le dará una solicitud para someterse a dicho proceso (ver lo indicado a continuación).
  
- Si no está de acuerdo con el doctor de la tercera opinión, usted puede pedir una revisión médica independiente de la MPN (IMR, por sus siglas en inglés). Su empleador o la persona de contacto de la MPN puede darle información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente y darle un formulario cuando usted elija a un médico para una tercera opinión.
  
- Si el doctor de la segunda o de la tercera opinión o el Médico Revisor Independiente están de acuerdo con su necesidad de obtener tratamiento o pruebas, se le permitirá recibir dicho servicio médico de un proveedor de la MPN, o si la MPN no tiene un médico que pueda proporcionar el tratamiento recomendado, usted puede elegir a un médico no afiliado a la MPN dentro de un área geográfica razonable.

Su empleador o asegurador ha preparado por escrito normas tituladas “*Continuidad de la Atención*”, la cual determinará si usted puede temporalmente continuar el tratamiento por una lesión laboral existente con su doctor, en caso de que su doctor ya no participe en la MPN.

Si su empleador decide que usted no reúne los requisitos para continuar su atención médica con el proveedor que no es de la MPN, usted y su médico de tratamiento primario deben recibir una carta de notificación.

Si usted reúne ciertas condiciones, podría calificar para continuar su tratamiento con este doctor hasta por un año, antes de que tenga que cambiarse a los médicos de la MPN. Estas condiciones son las siguientes:

- **(Afección aguda).** El tratamiento por su lesión o enfermedad se concluirá en menos de 90 días.
- **(Afecciones crónicas o graves).** Su lesión o enfermedad se considera grave y continúa por lo menos por 90 días sin que se logre curación total o se empeora y requiere tratamiento continuo. Se le puede permitir que continúe el tratamiento con el doctor que lo trata actualmente, hasta por un año, hasta que el tratamiento se pueda transferir sin que se corra ningún riesgo.
- **(Enfermedad terminal).** Usted tiene una enfermedad incurable o un trastorno irreversible que muy probablemente le causará la muerte en el transcurso de un año o menos.
- **(Cirugía pendiente).** Su empleador o asegurador ya le aprobó la cirugía u otro procedimiento, el cual tendrá lugar en el transcurso de 180 días contados a partir de la fecha de terminación del contrato entre la MPN y su doctor.

Usted puede oponerse a la decisión de su empleador, de negarle la Continuidad de Atención con el proveedor de la MPN cancelado. Si usted desea continuar el tratamiento con el doctor cancelado, puede pedirle a su médico de tratamiento primario que le prepare un informe médico en el que indique que usted reúne una de las cuatro condiciones, indicadas arriba, para ver si usted cumple con los requisitos para continuar el tratamiento temporalmente con el doctor actual.

Su médico de tratamiento primario dispone de 20 días, contados a partir de la fecha de su solicitud, para darle una copia del informe médico sobre su condición. En caso de que su médico de tratamiento primario no le dé el informe en el transcurso de 20 días de habérselo solicitado, el empleador puede transferir su atención médica a otro médico dentro de la MPN.

Es importante que usted le dé una copia del informe a su empleador si usted desea posponer la transferencia de su atención a la MPN. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el reporte del médico sobre su estado de salud, usted o su empleador pueden disputarlo. Ver las normas completas de Continuidad de la Atención para obtener mayores detalles sobre el proceso de resolución para resolver disputas.

Si quiere que se le proporcione una copia de las normas completas de la Continuidad de la Atención en Inglés o Español, pídasela a la persona encargada en la MPN o a su ajustador de reclamos.

## Normas sobre la Transferencia de la Atención Médica

Su empleador o asegurador dispone de “*Normas sobre la Transferencia de Atención Médica*” que determinarán si usted puede continuar tratándose temporalmente, por una lesión relacionada con el trabajo por un médico fuera de la MPN antes de que se transfiera su atención a la MPN.

Si usted ha predesignado apropiadamente un médico de tratamiento primario, no se le puede transferir dentro de la MPN. (Si desea hacer alguna pregunta relacionada con la predesignación, puede preguntarle a su supervisor). Si su doctor actual no es o no se hace miembro de la MPN, es posible que usted tenga que ver a un médico de la MPN.

Si su empleador decide transferirlo a la MPN, usted y su médico de tratamiento primario deben recibir una carta notificándole de su transferencia.

Si usted reúne ciertas condiciones, usted podría calificar para continuar el tratamiento con un médico que no pertenezca a la MPN, hasta por un año, antes de ser transferido a la MPN. Las condiciones que le permiten posponer la transferencia de su atención a la MPN son:

- **(Afección aguda).** El tratamiento por su lesión o enfermedad se concluirá en menos de 90 días.
- **(Afecciones crónicas o graves).** Su lesión o enfermedad se considera grave y continúa por lo menos por 90 días sin que se logre curación total o se empeora y requiere tratamiento continuo. Se le puede permitir que continúe el tratamiento con el doctor que lo trata actualmente, hasta por un año, hasta que el tratamiento se pueda transferir sin que se corra ningún riesgo.
- **(Enfermedad terminal).** Usted tiene una enfermedad incurable o un trastorno irreversible que muy probablemente le causará la muerte en el transcurso de un año o menos.
- **(Cirugía pendiente).** Su empleador o asegurador ya le aprobó la cirugía u otro procedimiento, el cual tendrá lugar en el transcurso de 180 días contados a partir de la fecha de terminación del contrato entre la MPN y su doctor.

Usted puede oponerse a la decisión de su empleador de transferir su cuidado a la MPN. Si usted no desea que lo pasen a la MPN, debe pedirle a su médico de tratamiento primario que le prepare un informe médico que indique que usted reúne una de las cuatro condiciones indicadas arriba, para ver si cumple con los requisitos para la postergación de su transferencia a la MPN.

Su médico de tratamiento primario dispone de 20 días, contados a partir de la fecha de su solicitud, para darle una copia del informe médico sobre su condición. En caso de que su médico de tratamiento primario no le dé el informe en el transcurso de 20 días de habérselo solicitado, el empleador puede transferir su atención médica a la MPN y usted deberá acudir a un médico dentro de la MPN.

Es importante que usted le provea una copia del informe a su empleador, si desea posponer la transferencia de su atención. Si usted o su empleador no están de acuerdo con el reporte del doctor, con respecto a su condición, usted o su empleador pueden disputarlo. Ver las normas completas sobre transferencia de atención médica, para obtener mayores detalles sobre el proceso de resolución de disputas.

Si desea una copia completa de las normas sobre la transferencia de atención médica en Inglés o Español, pídale a su contacto en la MPN o a su ajustador de reclamos que se la envíe.

### Para obtener información o formular preguntas a la MPN

#### ¿Qué debo hacer si deseo formular alguna pregunta o necesito ayuda?

- **Contacto del MPN:** Siempre puede comunicarse con el contacto del MPN para responder a cualquier pregunta sobre el uso del MPN o para presentar una queja formal del MPN por correo a MPN Contact, P.O. Box 85251 San Diego, CA 92186, por teléfono al (866) 671-5042 , por fax al (619) 744-5030 o por correo electrónico [mpn@marqueemcs.com](mailto:mpn@marqueemcs.com). Si necesita alguna explicación sobre su tratamiento médico en relación con la lesión o enfermedad laboral puede comunicarse con el ajustador de reclamos, si le han asignado alguno a su caso.
- **Los Asistentes para Acceso Médico** están disponibles de lunes a sábado (excluyendo domingos y feriados) de 7 a. m. a 8 p. m., hora del Pacífico, en el teléfono (844) 736-4446, por correo electrónico en el [MarqueePlusMAA@anthemwc.com](mailto:MarqueePlusMAA@anthemwc.com), y por fax en el (855) 279-2517.
- **División de Compensación de Trabajadores (DWC):** Si tiene alguna inquietud, reclamaciones o preguntas con respecto a la MPN, el proceso de notificación, o sobre su tratamiento médico después de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede llamar al número de información de la unidad de asistencia del DWC al 800-736-7401. También puede acceder a la página web de la DWC: [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) y haga clic en “Medical Provider Networks” para obtener más información sobre las MPN.
- **Revisión Médica Independiente:** Si desea formular alguna pregunta acerca de este proceso, comuníquese con la Unidad Médica de la Division de Compensación de Trabajadores en:

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