AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

California
Worker's Compensation
Claim Kit

(p) 888.239.3909 • (f) 678.258.8399 • www.amtrustfinancial.com

AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

Table of Contents

- Table of Contents
- Easy Online Claims Reporting Instructions
- Helpful Hints
- AmTrust North America California Reporting
- Employers First Report of Occupational Injury or Illness (FROI Form 2020)
- Workers' Compensation Claim Form (DWC1) & Notice of Potential Eligibility
- Workers' Compensation Claim Form (DWC1)
- Medical Mileage Expense Form
- AmTrust California MPN Information
- Covered Employee Notification of Rights Materials regarding AmTrust California MPN (English)
- Covered Employee Notification of Rights Materials regarding AmTrust California MPN (Spanish)
- Pre-Designation of Personal Physician (DWC 9783)
- Designación previa de médico personal (DWC 9783 Spanish)
- Notice of personal chiropractor or personal acupuncturist (DWC 9783.1)
- Noticia de quiropráctico personal o acupuntor personal (DWC 9783.1 Spanish)
- Unum AmTrust Pharmacy Network - First Fill Cards (English & Spanish)
- Return to Work - A Great Idea
- Workers Compensation Factsheet (English & Spanish)
- Time of Hire Pamphlet (English & Spanish)
- Wage Statement

AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

California Required Posting Notices

- Workers' Compensation Notification Pharmacy Benefit Network (3 Pages)
  (REQUIRED POSTING - TO BE POSTED BY EMPLOYER)
- Notice to Employees - Injuries Caused By Work (DWC 7) (English & Spanish)
  (REQUIRED POSTING - TO BE POSTED BY EMPLOYER)
- Fraud Notice (English & Spanish)
  (REQUIRED POSTING - TO BE POSTED BY EMPLOYER)

AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

EASY ONLINE CLAIMS REPORTING INSTRUCTIONS

By logging into AmTrust's web portal, policyholders can access a wide variety of account information including the ability to report injuries online. The following instructions will help get you started.

First Time Portal Access:

1. Go to www.amtrustnorthamerica.com
2. In the upper right corner of the home page, click "LOGIN"
3. In the subsequent AmTrust *Online* drop-down box, click the word **"Register"**
4. On the following screen, enter your policy number, zip code and the security code that appears on that screen and click **"Enter"** at the bottom right of the screen
5. Enter your email address, user name and password to complete the registration process
6. After completing the registration process, go back to www.amtrustnorthamerica.com and log in

Reporting of New Injuries:

1. Go to www.amtrustnorthamerica.com
2. Log in to "AmTrust ***Online***"
3. Click the **"Claims"** icon in the upper middle of your screen to view the screen that lists your policies
4. Click **"View"** next to the policy for which you wish to enter a claim. This brings you to the policy detail screen
5. Click on **"First Reports"** in the upper left corner
6. On the next screen, click **"Add"** to view the **"New First Report of Injury"** screen
7. Click **"Use WebForm."** This brings you to the screen where you will enter all of the detailed information about the injury/injured worker
8. When finished entering all of the data, click **"Submit"** and this report will channel into our intake center to be set up and assigned to a claims adjuster
9. Return to the **"First Reports"** screen and you will see the claim number for the report entered
10. When finished, click on **"Return to Listing"**

For ID/Password issues or if you receive error messages while using this application, please contact our help desk at help.desk@amtrustgroup.com or call 866.427.6150. Please be sure to specify that you are an AmTrust policyholder and provide your AmTrust Online ID.

AmTrust North America
An AmTrust Financial Company

Helpful Hints:

- **"Time Employee Began Work"** and **"Time of Occurrence"** must be entered in military time
- Enter the hours in the first box and the minutes in the second box
- All dates must be entered as two-digit day, two-digit month and four-digit year, i.e.: xx/xx/xxxx
- For PEOs, in the **"Location Address"** box, please include the PEO client name and address of the applicable PEO client location. If there is a location code/number, specify in the **"Location #"** box
- If during the entry of a claim you must exit the application, first click on **"Save as Draft"** and you may return to it later by going back into the **"First Reports"** screen and clicking on **"In Progress"**

For ID/Password issues or if you receive error messages while using this application, please contact our help desk at help.desk@amtrustgroup.com or call 866.427.6150. Please be sure to specify that you are an AmTrust policyholder and provide your AmTrust Online ID.

Thank you for your attention to this matter.

Sincerely,

AmTrust North
America Claims
Department

Amtrust North America requires reporting of any and all workers compensation injuries

CALIFORNIA REPORTING

Section 6409(a) of the California Labor Code requires a physician who treats an injured employee to file a Doctors First Report of Injury (DFR) with the claims administrator (Amtrust North America) for every work illness or injury; there is no 'first aid' exception to this rule. Amtrust North America must receive and forward all DFR's to the Department of Industrial Relations.

Section 5401(a) of the California Labor Code requires an employer to report an injury which results in lost time beyond the employee's work sift at the time of injury, or which results in medical treatment beyond first aid.

- An Employer may handle the costs relating to a First Aid Claim, as defined below, but must notify the claims administrator of their intent.

CAL/OSHA CLAIMS RECORDABLE REPORTING RULES

Part 1904.7(a) of the Federal Regulations (Standards 29 CFR) requires that you must consider an injury or illness that is reported to you to meet the general recording criteria, and therefore to be recordable, if it results in any of the following: death; days away from work; restricted work or transfer to another job; medical treatment beyond first aid; or loss of consciousness.

UNIT STAT REPORTING

Pursuant to Labor Code 5401(a) and for Unit Stat Reporting purposes, only those claims defined as Indemnity or Medical are to be reported

Indemnity: Death, Permanent Total, Major Perm Disability, Minor Perm Disability, Temporary Total, "S" Claim
Medical Treatment means the management and care of a patient to combat a disease or a disorder. OSHA does not consider the following as medical treatment:

- Visits to a physician or other licensed heath care professional solely for observation or counseling
- The conduct of diagnostic procedures, such as x-rays and blood test, including the administration of prescription medications used solely for diagnostic purposes (e.g., eye drops to dilate pupils)

First Aid treatment defined:

- Using a non-prescription medication at non-prescription strength (for medications available in both prescription and non-prescription form, a recommendation by a physician or other licensed health care professional to use a non-prescription at prescription strength is considered medical treatment for record keeping purposes)
- Administering tetanus immunizations (other immunizations, such as Hepatitis B vaccine, are considered medical treatment)
- Using wound coverings such as bandaged, Band-Aids, gauze pads, etc., or using butterfly bandages or Steri-Strips (other wound closing devices such as sutures, staples, etc are considered medical treatment)
- Using hot or cold therapy
- Using an non-rigid means of support, such as elastic bandages, wraps, non-rigid back belts, etc (devices with rigid stays or other systems designed to immobilize parts of the body are considered medical treatment for record keeping purposes)
- Using temporary immobilization devices while transporting an accident victim (e.g., splints, slings, neck collars, backboards, etc)
- Drilling of a fingernail or toenail to relieve pressure, or draining fluid from a blister
- Using eye patches
- Removing foreign bodies from the eye using only irrigation or a cotton swab
- Removing splinters or foreign material from areas other than the eye by irrigation, tweezers, cotton swabs or other simple means
- Using finger guards
- Using massages (physical therapy or chiropractic treatment are considered medical treatment for record keeping purposes)
- Drinking fluids for relief of heat stress

State of California

EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS

Please complete in triplicate (type if possible) Mail two copies to:

OSHA CASE NO.

FATALITY ☐

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

California law requires employers to report within **five days** of knowledge every occupational injury or illness which results in lost time beyond the date of the incident **OR** requires medical treatment beyond first aid. If an employee subsequently dies as a result of a previously reported injury or illness, the employer must file within **five days** of knowledge an amended report indicating death. In addition, every serious injury, illness, or death must be **reported immediately** by telephone or telegraph to the nearest office of the California Division of Occupational Safety and Health.

EMPLOYER

1. FIRM NAME

1a. Policy Number

2. MAILING ADDRESS: (Number, Street, City, Zip)

2a. Phone Number

3. LOCATION if different from Mailing Address (Number, Street, City and Zip)

3a. Location Code

4. NATURE OF BUSINESS: e.g., Painting contractor, wholesale grocer, sawmill, hotel, etc.

5. State unemployment insurance acct.no

6. TYPE OF EMPLOYER: ☐ Private ☐ State ☐ County ☐ City ☐ School District ☐ Other Gov't, Specify:

INJURY OR ILLNESS

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

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

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

24. EQUIPMENT, MATERIALS AND CHEMICALS THE EMPLOYEE WAS USING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Acetylene, welding torch, farm tractor, scaffold

25. SPECIFIC ACTIVITY THE EMPLOYEE WAS PERFORMING WHEN EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g., Welding seams of metal forms, loading boxes onto truck.

26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURYIILLNESS, 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

27. Name and address of physician (number, street, city, zip)

27a. Phone Number

28. Hospitalized as an inpatient overnight? ☐ No ☐ Yes If yes then, name and address of hospital (number, street, city, zip)

28a. Phone Number

29. Employee treated in emergency room? ☐ Yes ☐ No

ATTENTION This form contains information relating to employee health and must be used in a manner that protects the confidentiality of employees to the extent possible while the information is being used for occupational safety and health purposes. See CCR Title 8 14300.29 (b)(6)-(10) & 14300.35(b)(2)(E)2.

Note: Shaded boxes indicate confidential employee information as listed in CCR Title 8 14300.35(b)(2)(E)2*.

EMPLOYEE

30. EMPLOYEE NAME

31. SOCIAL SECURITY NUMBER

32. DATE OF BIRTH (mm/dd/yy)

33. HOME ADDRESS (Number, Street, City,Zip)

33a. PHONE NUMBER

34. SEX ☐ Male ☐ Female

35. OCCUPATION (Regular job title, NO initials, abbreviations or numbers)

36. DATE OF HIRE (mm/dd/yy)

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 WAGESISALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? ☐ Yes ☐ No

Please do not use this column

CASE NUMBER

OWNERSHIP

INDUSTRY

OCCUPATION

SEX

AGE

DAILY HOURS

DAYS PER WEEK

WEEKLY HOURS

WEEKLY WAGE

COUNTY

NATURE OF INJURY

PART OF BODY

SOURCE

EVENT

SECONDARY SOURCE

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.

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, l 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 arriesg 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 estales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo *(Supplemental Job Displacement Benefit- SJDB)*: Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo un curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisios, 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 Estatalde Incapacidad *(State Disability Insurance- SDI)* o beneficios del desempleo *(Unemployment Insurance- UI)*. Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

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

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

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

PRINT CLEAR

State of California
Department of Industrial Relations
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

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 oir 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 benficios 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 occurió el accidente.* _____
_____
6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
_____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ❑ 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 adminstradora de seguros.* _____
_____
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.*_____
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
18. Title. *Título.* _____ 19. Telephone. *Teléfono.* _____

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

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

PRINT CLEAR

Injured worker's name / Nombre de la persona lesionada

Claim number / Número de reclamo

Medical mileage expense form
Formulario de gastos de viajes para asuntos médicos

If you have to travel to get treatment for your work injury, you are entitled to re-payment of your travel costs. The mileage rate is 67 cents ($0.67) per mile. Mileage for reasonable travel to the pharmacy, parking, bridge tolls, public transportation and other travel-related costs are also included. Complete this form. Attach receipts. Send the original to the insurance company and keep a copy. **Do not** send the original or a copy to the local Workers' Compensation Appeals Board (WCAB) or the information and assistance officer. If your travel costs are not paid within 60 days, contact the information and assistance officer.

Si tiene que viajar para recibir tratamiento por una lesión en el trabajo, usted tiene derecho a recibir un reembolso de 67 centavos ($0.67 por milla. Millas por un viaje de distancia razonable a la farmacia, estacionamiento, pago de peajes, transporte público y otros viajes y costos relacionados están también incluidos. Complete este formulario y adjunte los recibos. Envíe la forma original a la compañía de seguros y guarde una copia. **No envíe** el original o la copia a la oficina local de la Junta de Apelaciones de Compensación del Trabajador (WCAB). Si sus gastos de viajes no son pagados dentro de 60 días, llame al representante de información y asistencia.

Date/ Fecha	**Traveled from** (include address) **Viajó desde** (incluya dirección)	**Traveled to** (include name and address of doctor, hospital, therapist, etc.) **Viajó a** (incluya nombre y dirección del médico, hospital, terapeuta, etc.)	**Round trip mileage/ Millas del viaje entero**	**Parking/ Estacionamiento**	**Tolls/ Peajes**
Sample: 01/01/24	Sample: 1515 Maple, San Francisco	Sample: Dr. Sherman, 190 Oak, San Francisco	Sample: 14 mi	Sample: $2.50	Sample: $

California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Total miles / *Número de millas viajadas en total*	0	x $0.67 / mile =	$ 0.00
		Total parking/*Estacionamiento pagado en total*	$ 0.00
		Total tolls/*Peajes pagados en total*	$ 0.00
		Total reimbursement requested/ *Reembolso solicitado en total*	**$** 0.00

Las Leyes de California establecen que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que a sabiendas presente reclamos falsos o fraudulentos para el pago de una pérdida, es culpable de un delito y podría ser sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión estatal.

Signature / Firma	
Printed name / Imprima su nombre	
Date / Fecha	

AmTrust California MPN

MPN ID# 3154

For assistance in locating a physician:

Online: https://www.talispoint.com/amtrust/campn

Call: 833-990-3601

Email: AmTrustMAA@anthemwc.com

Questions regarding the MPN:

Amtrust Provider & Network Management Group

Call: 800-768-9605

Email: MPNcontact@amtrustgroup.com

If you need an explanation about medical treatment, please contact the claims adjuster assigned to the claim.

Covered Employee Notification of Rights Materials
Regarding
AmTrust North America, Inc.
AmTrust California MPN
MPN ID #3154

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 safely 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 Medical Provider Network (MPN), please contact the AmTrust Provider & Network Management group by phone at (800) 768-9605, or email at MPNcontact@amtrustgroup.com. If you need an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness you can contact your claims adjuster if one has been assigned to your case.

AmTrust California MPN

AmTrust North America, Inc provides access to medical treatment in the event you sustain a work-related injury or illness through the AmTrust California MPN. The AmTrust California 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. Together, these sources contract with and provide access to doctors, hospitals, and numerous 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 the 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 or AmTrust North America, Inc at (866) 272-9267. For assistance in locating a MPN provider for continued care contact the AmTrust California MPN Medical Access Assistant by phone at (833) 990-3601 or email at AmTrustMAA@Anthemwc.com.

  **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 1) authorized by your claims adjuster and 2) based upon evidenced based medical 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 your reasonable request for an appointment through an AmTrust California 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 your request, then AmTrust North America, Inc., on behalf of your employer, shall permit you 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 the covered injured employee's medical treatment needs.

- If you are not able to obtain reasonable and necessary medical treatment from an MPN physician within the applicable access standards and timeframes noted above, you will be permitted to obtain necessary treatment for that injury from an appropriate physician outside the MPN within a reasonable geographic area.
  At such a time when the MPN is able to provide the necessary treatment through an MPN physician, you may be required to treat with an MPN physician when a transfer of care is determined to be appropriate.

- If ancillary services are not available within a reasonable time or a reasonable geographic area, you may obtain authorized and 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 AmTrust North America, 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.

- If you have an initial work-related non-emergency injury or illness outside of the M P N service area, you should notify your employer and seek treatment at the closest occupational health or primary care clinic available to you.
- In the event of an emergency or if urgent care is needed, you should seek medical attention from the nearest hospital or urgent care center. If feasible, you or a personal representative should report the injury/illness to your employer within 24 hours of receiving treatment.
- Once you return to the MPN service area, medical care will be transferred to a provider within the AmTrust California MPN.
- Employees that are temporarily working, relocate, or move outside of the MPN's geographic service area will be able to select a new physician from a network already established by AmTrust North America, Inc. in the new region where treatment is needed. A list of physicians is available online or can be requested from your claims adjuster. The online provider search and directory is available www.talispoint.com/amtrust/external/. The list will contain a choice of at least three physicians for your selection. Your primary treating physician may also refer or assist you with finding a new provider within the alternate network. Referred physicians will be located within the access standards described in this notice e.g., 15 miles or 30 minutes for Primary Treating Physicians 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 adjuster or your employer for referral to a MPN provider for continued care.**

How to Choose a Physician within the MPN

The AmTrust California 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 of a 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 of your home or workplace and specialists within 30 miles or 60 minutes of your home or workplace.

To locate a participating provider or obtain a regional listing:

Provider Searches and Directories:

- On-line Provider Search and Directories – if you have internet access, you can search for or access a roster of all treating physicians in the MPN by going to the website

www.talispoint.com/amtrust/campn/. You can search for available MPN physicians by name, specialty, or location by using available filters.

- PDF copies of the roster of all treating physicians and the roster of all participating providers are available by selecting this option from the homepage. A complete provider listing is also available in writing or electronic copy upon request. For more information about the MPN go to: www.talispoint.com/amtrust/campn/.
- 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 AmTrust California MPN Medical Access Assistant by phone at (833) 990-3601, email at AmTrustMAA@Anthemwc.com, or by fax at (855) 299-4367
- Promptly contact your claims adjuster 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 when you initially report your injury. You have the right to be treated by a physician of your choice within the MPN after your initial visit.
- The Primary Treating Physician (PTP) you choose should be appropriate to treat your injury
- If you wish to change your MPN PTP after your initial visit, you may do so by:
    1) Accessing the on-line provider directories (see above)
    2) Calling the Medical Access Assistant or your Claims Adjuster
- If you have trouble getting an appointment with a provider within the MPN, contact the AmTrust California MPN Medical Access Assistant as soon as you are able, and they can assist you.
- If you select a new PTP, immediately contact your claims adjuster 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 PTP must first submit a Request for Authorization. Upon authorization, your PTP 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 Primary Treating Physician, the chiropractor may act as a PTP only until the 24-visit cap is met (unless otherwise authorized in writing by AmTrust North America, Inc. on behalf of your employer), after which you must select another PTP in the MPN who is not a chiropractor. If you fail to select a new PTP in the MPN, then AmTrust North America, Inc. may assign another PTP who is not a chiropractor and who is of an appropriate specialty to treat your work-related injury or illness.
- If a type of specialist is needed or recommended by your MPN Primary Treating Physician, but is not available to you within the network, you will be allowed to treat with a specialist outside of the AmTrust California MPN. The AmTrust California MPN Medical Access Assistants or your claims adjuster 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 adjuster of the appointment date and time. Your MPN physician, who is your Primary

Treating Physician, will continue to direct all 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 will allow you to seek treatment outside the MPN. Please contact your claims adjuster for assistance. At such a time when the AmTrust California MPN is able to provide the necessary treatment through an MPN physician, you may be required to transfer your ongoing care to an MPN physician when safe and appropriate to do so. More information about transfer of care is available in the Transfer of Care and Continuity of Care sections below.

- The MPN will offer Telehealth* to injured workers statewide. If you consent to the use of Telehealth, consent will be documented pursuant to Business and Professions Code section §2290.5(b) and the MPN will facilitate the coordination of Telehealth for the injured worker using mobile applications, computer applications or kiosks at the employer's location.

  *Telehealth is a means to deliver health care services and public health via information and communication technologies and includes Concentra Telemed physicians and Concentra Telerehab services in this MPN.

- If you select and consent to a physician who only sees patients via Telehealth, then that physician will be counted as an available MPN physician when determining if Access Standards have been met.
- If you do not provide consent for Telehealth physicians, or revoke your consent, the MPN will be limited to offering MPN physicians within Access Standards in a brick-and-mortar setting. If the MPN does not meet Access Standards, you shall be permitted to obtain necessary treatment for that injury from an appropriate Primary Treating Physician or Specialist outside the MPN within a reasonable geographic area.
- Injured workers that consent to Telehealth and seek treatment with Concentra Telemed physicians will have access to Physical Therapy and Occupational Therapy in the Concentra Telerehab program by referral of Concentra Telemed physicians.
- You may obtain Telehealth information and a listing of Telehealth providers by going to www.talispoint.com/amtrust/campn/.

Medical Access Assistant(s)

AmTrust California 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's 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 for your selection, and scheduling and confirming medical appointments with physicians. Assistance is available in English and Spanish.

At least one AmTrust California 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 electronic messages by the next day, excluding Sundays and holidays. MAAs work in coordination with the claims adjuster(s) to ensure timely and appropriate medical treatment is available to you. You may contact the Medical Access Assistant by phone at (833) 990-3601, email at AmTrustMAA@Anthemwc.com, and by fax at (855) 299-4367.

Second and Third Opinions

Second Opinion:

- If you disagree with the either the diagnosis or the treatment prescribed by your MPN physician, you may obtain a second opinion within the AmTrust California MPN. During this process you are required to continue your treatment with your initial MPN physician. The following describes the responsibilities of both you, as injured employee, and your AmTrust North America claims adjuster, on behalf of your employer:

    1. Inform your claims adjuster of your dispute regarding your treating physician's opinion either orally or in writing.
    2. You will then select a physician or specialist from a regional list of available MPN providers, which will be provided to you by your claims adjuster within 10 business days of notification of your request for a second opinion.
    3. You must make an appointment with your selected physician or specialist within 60 days from the day you receive the regional list of providers.
    4. You must inform your claims adjuster of the details of your appointment including the name of the provider you chose and the date, time, and location of the appointment.
    5. 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 of available physicians or specialists from your claims adjuster.
    6. You have the right to request a copy of the medical records sent to the second opinion physician.
    7. If the second opinion physician or specialist 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 claims adjuster. You can either select a new physician from the initial regional list or you can request another list of MPN physicians or specialists.
    8. The process described above in numbers 2 through 7 begins anew upon your selection and receipt of the list of available providers or specialists.

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 AmTrust California MPN. During this process you are required to continue your treatment with your initial MPN physician. In order to obtain a third opinion, you and your employer or insurer share responsibilities. The following describes the responsibilities of both you, as injured employee, and your AmTrust North America claims adjuster, on behalf of your employer:

    1. Inform your claims adjuster of your dispute regarding your treating physician's opinion either orally or in writing.
    2. You must select a physician or specialist from the list of available AmTrust California MPN providers previously provided, or you may request a new regional area list from your claims adjuster.

3. You must make an appointment with your selected physician or specialist within 60 days.
4. You must inform your claims adjuster of the details of your appointment including the name of the provider you chose and the date, time, and location of the appointment.
5. 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 of available physicians or specialists from your claims adjuster. If you opted not to receive a new list of available providers, you shall be deemed to have waived your right to a third opinion if you do not make an appointment within 60 days from the day you notified your claims adjuster of your third opinion request and agreed to select a physician from the list of available MPN physicians previously provided.
6. You have the right to request a copy of the medical records sent to the third opinion physician.
7. 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 claims adjuster. You can either select a new physician from the initial regional list or you can request another list of MPN physicians or specialists.
8. The process described above in numbers 2 through 7 begins anew upon your selection and receipt of the list of available providers or specialists.

- If the MPN does not contain a physician who can provide the treatment recommended by the Second or Third Opinion physician, you may choose a physician outside the MPN within a reasonable geographic area. You 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 MPN Independent Medical Review process (see below).
- If you disagree with the third-opinion doctor, you may ask for an MPN Independent Medical Review (MPN IMR).
- If either the second or third-opinion doctor or MPN Independent Medical Reviewer agrees with your Primary Treating Physician's opinion about the 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. Treatment plans and requests applicable to this section are still subject to Utilization Review and Independent Medical Review rules and regulations.

Continuity of Care Policy

AmTrust North America, Inc. 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 removed from or no longer participates in the AmTrust California MPN.

If AmTrust North America, Inc. decides that you do not qualify to continue your care with the non-MPN provider, you and your Primary Treating Physician (PTP) must receive a letter of

notification.

In order to qualify to continue your care with your non-MPN provider, you must meet certain conditions as described below. If met, you may be able to continue treating with this doctor for up to a year before you must switch to an AmTrust California MPN physician. These conditions are:

- **Acute Condition-** The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days.
- **Serious or Chronic Condition-** 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 and transfer of your care to an MPN physician would pose a safety issue or a regression of your current medical status. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year or such time that your condition is stable, and a safe transfer of care can be made.
- **Terminal Condition-** 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 AmTrust North America, Inc. and that is scheduled to occur within 180 days of the removal or non-participation date between the MPN and your doctor.

You can disagree with the decision to deny you Continuity of Care with the removed or non-participating provider. If you want to continue treating with the doctor, ask your Primary Treating Physician for a medical report stating 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, AmTrust North America, Inc. may transfer your care to another appropriate physician within the MPN.

You will need to give a copy of the report to your claims adjuster if you wish to postpone the transfer of your care into the MPN. If you or AmTrust North America, Inc. disagrees with your doctor's report on your condition, it may be disputed. 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 adjuster.

Transfer of Care Policy

AmTrust North America, Inc. 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 pre-designation, ask your employer or Human Resources contact.) If your current doctor is not or does not become a member of the AmTrust

California MPN, then you may be required to see a MPN physician.

If your claims administrator decides to transfer you into the MPN, you and your Primary Treating Physician (PTP) 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 Condition-** The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days.
- **Serious or Chronic Condition-** 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 and transfer of your care to an MPN physician would pose a safety issue or a regression of your current medical status. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year or such time that your condition is stable, and a safe transfer of care can be made.
- **Terminal Condition-** 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 AmTrust North America, Inc. and that is scheduled to occur within 180 days of the MPN effective date.

You can disagree with AmTrust North America, Inc.'s decision to transfer your care into the AmTrust California MPN. If you don't want to be transferred into the MPN, ask your Primary Treating Physician (PTP) 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 PTP has 20 days from the date of your request to give you a copy of his/her report on your condition. If your PTP does not give you the report within 20 days of your request, AmTrust North America, Inc. can transfer your care into the AmTrust California MPN and you will be required to use a MPN physician.

You will need to give a copy of the report to your claims adjuster if you wish to postpone the transfer of your care. If you or AmTrust North America, Inc. disagrees with your PTP's report on your condition, it may be disputed. 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 adjuster.

For Questions or MPN Information

What if I have questions or need help:

- **MPN Contact**: You may always contact AmTrust Provider & Network Management group to answer questions about the use of MPNs or to submit a formal MPN complaint by mail at AmTrust Workers Compensation Medical Networks, 400

Executive Blvd., Ste. 400, Southington, CT 06489, by phone at (800) 768-9605, or by email at MPNcontact@amtrustgroup.com. If you need an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness you can contact your claims adjuster 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 (833) 990-3601, by email at AmTrustMAA@Anthemwc.com, or by fax at (855) 299 4367.
- **Division of Workers' Compensation (DWC)**: If you have concerns, complaints, or questions regarding the AmTrust California 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 and click on "Medical provider networks" for more information about MPNs.
- **MPN Independent Medical Review**: If you have questions about the MPN 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

Notificación de documentos de derechos de los empleados cubiertos en relación con
AmTrust North America, Inc.
Red de proveedores médicos (MPN) de AmTrust California
N.º de identificación de la MPN: 3154

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

Usted es importante para nosotros

Para nosotros es importante que usted goce de buena salud y que tenga un empleo de tiempo completo. La meta de su empleador es brindarle un empleo en un entorno laboral seguro. Sin embargo, en caso de sufrir una lesión o enfermedad a causa de su trabajo, queremos asegurarnos de que reciba rápidamente tratamiento médico de calidad. Nuestra meta es ayudarlo a que se recupere de forma total y regrese a trabajar tan pronto como sea posible y seguro. De conformidad con la ley de California, ofrecemos beneficios de indemnización por accidentes y enfermedades laborales, los cuales incluyen el pago de todo el tratamiento médico apropiado para lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. Si tiene alguna pregunta en relación con la red de proveedores médicos (MPN), comuníquese con el grupo de administración de redes y proveedores de AmTrust por teléfono al (800) 768-9605 o envíe un correo electrónico a MPNcontact@amtrustgroup.com. Si necesita que le expliquen el tratamiento médico para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede comunicarse con su examinador de reclamos si se ha asignado uno a su caso.

MPN de AmTrust California

AmTrust North America, Inc. brinda acceso a tratamiento médico en caso de que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo a través de la MPN de AmTrust California. La MPN de AmTrust California accede al tratamiento médico a través de proveedores seleccionados de Anthem Blue Cross Prudent Buyer PPO (“Blue Cross of California”), Kaiser-On-the-Job Provider Network. En conjunto, estas fuentes contratan a médicos, hospitales y muchos otros proveedores, y brindan acceso a estos, para responder a los requisitos especiales de las lesiones o enfermedades sufridas en el trabajo.

Acceso a la atención

En caso de sufrir una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, debe hacer lo siguiente:

Notificar a su empleador:

- Debe notificar de inmediato a su supervisor o al representante del empleador para garantizar el acceso a la atención médica. Los empleadores deben autorizar el tratamiento médico en el plazo de un día laboral después de que usted haya presentado

el formulario de reclamo completado (DWC-1). Para garantizar su derecho a los beneficios, debe informar todas las lesiones y solicitar un formulario de reclamo.

Atención inicial o de urgencia:

- Si necesita tratamiento médico, su empleador lo remitirá a un proveedor de la MPN tras el informe inicial de la lesión. La cita para recibir atención médica inicial debe ser inmediata, pero, en ningún caso, deberá exceder los tres días hábiles después de haber avisado a su empleador o al asistente de acceso médico de la MPN que necesita tratamiento.

Atención de emergencia:

- En caso de una emergencia*, acuda al proveedor de atención médica más cercano. Una vez que su afección se haya estabilizado, comuníquese con su empleador o con AmTrust North America, Inc. al (866) 272-9267. Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de atención continua de la MPN, comuníquese con el asistente de acceso médico de la MPN de AmTrust California llamando por teléfono al (833) 990-3601 o envíe un correo electrónico a AmTrustMAA@Anthemwc.com.

  ** La atención de emergencia se define como la necesidad de recibir esos servicios de atención médica para evaluar y tratar afecciones que hayan comenzado recientemente y que sean de tal gravedad que llevaría a una persona con conocimientos promedios de medicina a creer que necesita atención de emergencia.*

Atención posterior:

- Toda atención médica que no sea de emergencia, pero que requiera tratamiento continuo, pruebas médicas exhaustivas o un programa de rehabilitación, debe 1) ser autorizada por el examinador de reclamos y 2) basarse en las pautas de tratamiento médico evidenciadas (Código Laboral de California, artículo 5307.27 y según lo estipulado en el título 8 del Código de Reglamentos de California, artículo 9792.20 y siguientes).
- El acceso a la atención posterior, incluidos los servicios de especialistas, deberá estar disponible en un plazo que no exceda los veinte (20) días hábiles desde su solicitud razonable de una cita a través del asistente de acceso médico de la MPN de AmTrust California.
- Si el asistente de acceso médico de la MPN no pudiera, en el plazo de los diez días hábiles, programar una cita médica inicial que tenga lugar en el plazo de los veinte (20) días hábiles desde su solicitud, AmTrust North America, Inc., en nombre de su empleador, le permitirá recibir el tratamiento necesario con un especialista apropiado fuera de la MPN.
- El médico de la MPN, que es el médico tratante primario, continuará administrando todas las necesidades del tratamiento médico del empleado lesionado cubierto.

- Si usted no pudiera recibir un tratamiento médico razonable y necesario de un médico de la MPN conforme a los estándares de acceso aplicables y los plazos indicados anteriormente, se le permitirá recibir el tratamiento necesario para esa lesión de un médico apropiado fuera de la MPN ubicado en un área geográfica razonable.
  Cuando la MPN pueda proporcionar el tratamiento necesario a través de un médico de la

MPN, se le puede requerir que se trate con un médico de la MPN cuando se determine que la transferencia de la atención es apropiada.

- Si no se dispone de servicios auxiliares en un plazo razonable o en un área geográfica razonable, puede recibir servicios auxiliares necesarios y autorizados 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 y se lesiona:

A continuación, encontrará la política por escrito de AmTrust North America, Inc. para realizar arreglos o aprobar la atención médica que no sea de emergencia para las siguientes personas: (1) un empleado cubierto autorizado por el empleador a 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 exempleado cuyo empleador continúe teniendo obligaciones de indemnización 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.

- Si sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo que no sea de emergencia y se encuentra fuera del área de servicio de la MPN, deberá notificar a su empleador y buscar tratamiento en la clínica de salud ocupacional o en la clínica de atención primaria disponible más cercana.
- En caso de una emergencia o si necesita atención de urgencia, deberá buscar atención médica en el hospital o centro de atención de urgencia más cercano. De ser posible, usted o un representante personal deberán informar sobre la lesión o enfermedad en el plazo de las 24 horas de haber recibido tratamiento.
- Una vez que regrese al área de servicio de la MPN, su atención médica se transferirá a un proveedor dentro de la MPN de AmTrust California.

- 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 podrán elegir un nuevo médico de una red ya establecida por AmTrust North America, Inc. en la nueva región donde se necesita recibir el tratamiento. Puede acceder en línea a una lista de médicos o puede solicitársela a su examinador de reclamos. La búsqueda y el directorio de proveedores en línea está disponible en www.talispoint.com/amtrust/external/ . En la lista, se incluye una selección de al menos tres médicos para que elija. Su médico tratante primario también puede derivarlo a un nuevo proveedor o ayudarlo a encontrar uno dentro de la red alternativa. Los médicos de la derivación se encontrarán dentro de los estándares de acceso descritos en este aviso, es decir, en un radio de 15 millas o 30 minutos para los médicos tratante primarios 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 la atención médica que no sea de emergencia.
- **Cuando regrese a California, si aún necesita atención médica continua, comuníquese de inmediato con su examinador de reclamos o su empleador para que**

lo derive a un proveedor de atención continua de la MPN.

Cómo elegir un médico dentro de la MPN

La MPN de AmTrust California cuenta con proveedores en todo el estado de California. La MPN debe proporcionarle una lista de proveedores de la región que incluya por lo menos a tres médicos de una especialidad que se suele usar para tratar lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo en su industria. La MPN debe brindarle acceso a médicos tratantes primarios ubicados en un área de 15 millas o a 30 minutos de su hogar o lugar de trabajo y a especialistas ubicados en un área de 30 millas o a 60 minutos de su hogar o lugar de trabajo.

Para ubicar a un proveedor participante u obtener un directorio de la región:

Búsquedas y directorios de proveedores:

- Búsqueda y directorios de proveedores en línea: si tiene acceso a Internet, puede buscar una lista de todos los médicos tratantes en la MPN o acceder a esta visitando el sitio web www.talispoint.com/amtrust/campn/. Puede buscar médicos disponibles de la MPN por nombre, especialidad o ubicación utilizando los filtros disponibles.
- Puede acceder a copias en PDF de la lista de todos los médicos tratantes y la lista de todos los proveedores participantes seleccionando esta opción desde la página de inicio. También puede solicitar una copia impresa o una copia electrónica del listado completo de proveedores. Para obtener más información sobre la MPN, visite: www.talispoint.com/amtrust/campn/.
- Los médicos tratantes secundarios y especialistas a los que puede consultar solo con una derivación aprobada están claramente designados con la indicación “by referral only” (solo por derivación) en el buscador de proveedores en línea y la lista de todos los médicos tratantes.
- Si no tiene acceso a Internet, puede solicitar ayuda para ubicar a algún proveedor de la MPN o para concertar una cita llamando al asistente de acceso médico de AmTrust California al (833) 990-3601, enviándole un correo electrónico a AmTrustMAA@Anthemwc.com o enviándole un fax al (855) 299-4367.
- Comuníquese de inmediato con el examinador de reclamos para informarnos cualquier cita que haya programado con un proveedor de la MPN.

Cómo elegir un médico (para toda atención inicial y posterior):

- Su empleador lo remitirá a un proveedor de la MPN cuando informe sobre su lesión inicialmente. Usted tiene derecho a tratarse con un médico de su elección dentro de la MPN después de la visita inicial.
- El médico tratante primario (PTP) que elija debe ser el adecuado para tratar su lesión.
- Si desea cambiar el PTP de la MPN después de la visita inicial, puede hacerlo de la siguiente manera:
    1) Accediendo a los directorios de proveedores en línea (vea más arriba).
    2) Llamando al asistente de Acceso Médico o a su examinador de reclamos.
- Si tiene problemas para programar una cita con un proveedor de la MPN, comuníquese con el asistente de acceso médico de la MPN de AmTrust California lo antes que pueda, y este lo ayudará.
- Si elige un nuevo PTP, comuníquese de inmediato con su examinador de reclamos y

proporciónele el nombre, la dirección y el número de teléfono del médico que haya elegido. También debe brindar la fecha y hora de la evaluación inicial.

- En el caso de que sea médicamente necesario que lo deriven a un especialista para el tratamiento, su PTP primero debe presentar una solicitud de autorización. Después de la autorización, su PTP puede derivarlo al especialista correspondiente dentro de la red o usted puede elegir al especialista que prefiera dentro de la MPN.
- Si se elige a un quiropráctico como el médico tratante primario, este puede actuar como PTP solo hasta que se alcance un límite de 24 visitas (a menos que AmTrust North America, Inc. autorice lo contrario por escrito); después de esto, deberá elegir a otro PTP de la MPN que no sea un quiropráctico. Si no lo hace, AmTrust North America, Inc. podrá asignar a otro PTP que no sea un quiropráctico y que sea de la especialidad adecuada para tratar su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
- Si fuera necesario que consulte a algún especialista o si su médico tratante primario de la MPN se lo recomienda, pero no se encuentra disponible dentro de la red, se le permitirá que se trate con uno que no pertenezca a la MPN de AmTrust California. Los asistentes de acceso médico de la MPN de AmTrust California o su examinador de reclamos pueden ayudarlo a encontrar a los especialistas adecuados si lo solicita. Una vez que haya encontrado al especialista adecuado fuera de la red, programe una cita e infórmeles a su médico tratante primario y a su examinador de reclamos la fecha y la hora de la cita. Su médico de la MPN, que es su médico tratante primario, continuará administrando todas las necesidades del tratamiento médico.
- Si la MPN no puede proporcionarle acceso a un médico tratante primario en un área de 15 millas o a 30 minutos de su lugar de trabajo o residencia, la MPN le permitirá buscar un tratamiento fuera de esta. Comuníquese con su examinador de reclamos si necesita ayuda. Cuando la MPN de AmTrust California pueda proporcionar el tratamiento necesario a través de un médico de la MPN, se le puede requerir que derive su atención continua a un médico de la MPN cuando resulte seguro y apropiado hacerlo. Puede acceder a más información sobre la derivación de la atención en las secciones “Derivación de la atención” y “Continuidad de la atención” que se encuentran más abajo.
- La MPN ofrecerá telemedicina* a los trabajadores lesionados en todo el estado. Si acepta el uso de telemedicina, el consentimiento se documentará de conformidad con la sección §2290.5 (b) del Código de Negocios y Profesiones, y la MPN facilitará la coordinación de telemedicina para el trabajador lesionado mediante aplicaciones móviles, aplicaciones de computadora o cabinas en la ubicación del empleador.

*La telemedicina es un medio para brindar servicios de atención médica y salud pública a través de tecnologías de la información y de la comunicación e incluye a los médicos de Concentra Telemed y a los servicios de Concentra Telerehab en esta MPN.

- Si selecciona y da su consentimiento a un médico que solo atiende pacientes a través de telemedicina, ese médico se contará como un médico de la MPN disponible al momento de determinar si se han cumplido los estándares de acceso.
- Si no da su consentimiento para médicos de telemedicina, o revoca su consentimiento, la MPN se limitará a ofrecer médicos de la MPN dentro de los estándares de acceso en un entorno físico. Si la MPN no cumple con los estándares de acceso, se le permitirá obtener el tratamiento necesario para esa lesión de un médico tratante primario o de un especialista apropiado fuera de la MPN, dentro de un área geográfica razonable.
- Los trabajadores lesionados que consientan la telemedicina y busquen tratamiento con médicos de Concentra Telemed tendrán acceso a fisioterapia y terapia ocupacional en el programa Concentra Telerehab por remisión de médicos de Concentra Telemed.
- Puede obtener información sobre telemedicina y una lista de proveedores de telemedicina ingresando a www.talispoint.com/amtrust/campn/.

Asistentes de acceso médico

Los asistentes de acceso médico de la MPN de AmTrust California están disponibles, como mínimo, de lunes a sábado (excepto los domingos y los feriados) de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, para brindarle ayuda al empleado cubierto con el acceso a la atención médica de la MPN. La ayuda incluye, pero no se limita a, comunicarse con los consultorios de los proveedores durante el horario laboral habitual para que encuentre a los médicos de la MPN disponibles que puede elegir, así como programar y confirmar citas con médicos. La ayuda se encuentra disponible en inglés y en español.

Como mínimo hay un asistente de acceso médico de la MPN de AmTrust California disponible para atenderle durante todas las horas requeridas, y todas las personas que llamen pueden dejar mensajes de voz. Los asistentes de acceso médico responderán las bilesllamadas, los faxes o los mensajes electrónicos al día siguiente, excepto los domingos y los feriados. Dichos asistentes trabajan en coordinación con los examinadores de reclamos a fin de garantizar que tenga a disposición un tratamiento médico oportuno y adecuado. Puede comunicarse con el asistente de acceso médico llamando al (833) 990-3601, enviándole un correo electrónico a AmTrustMAA@Anthemwc.com y por fax al (855) 299-4367.

Segundas y terceras opiniones

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 de AmTrust California. Durante este proceso, debe continuar con el tratamiento con su médico inicial de la MPN. A

continuación, se describen las responsabilidades tanto de usted, como empleado lesionado, como de su ajustador de reclamos de AmTrust North America, en nombre de su empleador:

1. Deberá informarle oralmente o por escrito a su examinador de reclamos su desacuerdo con la opinión de su médico tratante.
2. Luego, deberá elegir a un médico o especialista de la lista de proveedores de la región disponibles de la MPN; su examinador de reclamos le brindará dicha lista en el plazo de los 10 días hábiles de la notificación de su solicitud de una segunda opinión.
3. Usted deberá concertar una cita con su médico o especialista seleccionado en el plazo de los 60 días desde el día en que recibe la lista de proveedores de la región.
4. Deberá informarle a su examinador de reclamos los detalles de su cita, incluido el nombre del proveedor que eligió y la fecha, la hora y la ubicación de la cita.
5. Se considerará que ha renunciado a su derecho a una segunda opinión si no concierta una cita en el plazo de los 60 días de haber recibido la lista de médicos y especialistas disponibles que envió su examinador de reclamos.
6. Tiene derecho a solicitarnos una copia de las historias clínicas que se enviaron al médico que brinda la segunda opinión.
7. Si el médico o especialista que brinda la segunda opinión considera que su lesión se encuentra fuera del tipo de lesión que trata normalmente, desde el consultorio del médico se lo informarán a usted y a su examinador de reclamos. Puede elegir a un nuevo médico de la lista inicial de la región o puede solicitar otra lista de médicos o especialistas de la MPN.
8. El proceso descrito más arriba en los números 2 a 7 vuelve a comenzar después de que haya elegido y recibido la lista de proveedores o especialistas disponibles.

Tercera opinión:

- Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento prescrito por el médico que brindó la segunda opinión, puede obtener una tercera opinión dentro de la MPN de AmTrust California. Durante este proceso, debe continuar el tratamiento con su médico inicial de la MPN. A continuación, se describen las responsabilidades tanto de usted, como empleado lesionado, como de su ajustador de reclamos de AmTrust North America, en nombre de su empleador:
    1. Deberá informarle oralmente o por escrito a su examinador de reclamos su desacuerdo con la opinión de su médico tratante.
    2. Deberá elegir a un médico o especialista de la lista de proveedores disponibles de la MPN de AmTrust California que se le proporcionó previamente, o puede solicitarle a su examinador de reclamos una nueva lista del área regional.
    3. Usted deberá concertar una cita con su médico o especialista seleccionado en el plazo de los 60 días.
    4. Deberá informarle a su examinador de reclamos los detalles de su cita, incluido el nombre del proveedor que eligió y la fecha, la hora y la ubicación de la cita.
    5. Se considerará que ha renunciado a su derecho a una tercera opinión si no concierta una cita en el plazo de los 60 días de haber recibido la lista de médicos y especialistas disponibles que envió su examinador de reclamos. Si eligió no recibir una nueva lista de proveedores disponibles, se considerará que ha renunciado a su derecho a una tercera opinión si no concierta una cita en el plazo de los 60 días desde el día en que notificó a su examinador de reclamos sobre su

solicitud de una tercera opinión y estuvo de acuerdo con elegir a un médico de la lista de médicos de la MPN disponibles que se le proporcionó previamente.

6. Usted tiene derecho a solicitarnos una copia de las historias clínicas que se enviaron al médico que brinda la tercera opinión.
7. Si el médico que brinda la tercera opinión considera que su lesión se encuentra fuera del tipo de lesión que trata normalmente, desde el consultorio del médico se lo informarán a usted y a su examinador de reclamos. Puede elegir a un nuevo médico de la lista inicial de la región o puede solicitar otra lista de médicos o especialistas de la MPN.
8. El proceso descrito más arriba en los números 2 a 7 vuelve a comenzar después de que haya elegido y recibido la lista de proveedores o especialistas disponibles.

- Si la MPN no tiene un médico que pueda proporcionar el tratamiento recomendado por el médico que brindó la segunda o tercera opinión, usted puede elegir a un médico fuera de la MPN ubicado en un área geográfica razonable. Puede recibir el tratamiento recomendado cambiando al médico que brindó la segunda opinión, al médico que brindó la tercera opinión o a otro médico de la MPN.
- En el momento en que elija al médico para la tercera opinión, el contacto de la MPN le notificará sobre el proceso de la revisión médica independiente (IMR) de la MPN y le proporcionará una solicitud para dicho proceso (ver más abajo).
- Si no está de acuerdo con el médico que brindó la tercera opinión, puede solicitar una revisión médica independiente de la MPN (IMR de la MPN).
- Si el médico que brindó la segunda o tercera opinión o el médico revisor independiente de la MPN están de acuerdo con la opinión de su médico tratante primario en torno a su necesidad de recibir tratamiento o someterse a 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 fuera de la MPN ubicado en un área geográfica razonable. Los planes y las solicitudes de tratamiento aplicables a esta sección igualmente están sujetos a las normas y las reglamentaciones de la revisión de la utilización y la revisión médica independiente.

Política de continuidad de la atención

AmTrust North America, Inc. tiene una política de "*continuidad de la atención"* redactada por escrito que determinará si usted puede continuar temporalmente el tratamiento para una lesión laboral existente con su médico en caso de que lo hayan quitado de la MPN de AmTrust California o ya no participe en esta.

Si AmTrust North America, Inc. decide que usted no califica para continuar su atención con el proveedor que no forma parte de la MPN, usted y su médico tratante primario (PTP) deberán recibir una carta de notificación.

A fin de calificar para continuar su atención con el proveedor que no forma parte de la MPN, deberá cumplir con las condiciones que se describen a continuación. Si se cumplen, es posible que pueda continuar el tratamiento con este médico por hasta un año antes de que deba cambiarse a un médico de la MPN de AmTrust California. Estas condiciones son las siguientes:

- **Afección aguda:** el tratamiento para su lesión o enfermedad concluirá en menos de 90 días.
- **Afecciones crónicas o graves:** su lesión o enfermedad se considera grave y continúa por lo menos durante 90 días sin que logre curarse por completo o empeora y requiere tratamiento continuo, y la derivación de su atención a un médico de la MPN supondría un problema de seguridad o una regresión de su estado médico actual. Se le puede permitir que reciba tratamiento con el médico tratante actual durante un año como máximo o hasta que su afección se estabilice y se pueda realizar una derivación de la atención de forma segura.
- **Afección terminal:** tiene una enfermedad incurable o una afección irreversible que probablemente le cause la muerte en el plazo de un año o menos.
- **Cirugía pendiente:** usted ya tiene una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por AmTrust North America, Inc. y que se prevé que se lleve a cabo en el plazo de los 180 días de la fecha en que se quitó de la MPN a su médico o en que dejó de participar en esta.

Puede no estar de acuerdo con la decisión de negarle la continuidad de la atención con el proveedor que se quitó de la MPN o dejó de participar en esta. Si desea continuar el tratamiento con el médico, pídale a su médico tratante primario que realice un informe médico en el que indique si usted reúne una de las cuatro afecciones indicadas arriba a fin de comprobar si califica para continuar temporalmente el tratamiento con su médico actual.

Su médico tratante primario tiene 20 días desde la fecha de su solicitud para entregarle una copia de su informe médico sobre su afección. En el caso de que su médico tratante primario no le proporcione el informe en el plazo de los 20 días de su solicitud, AmTrust North America, Inc. puede derivar su atención a otro médico dentro de la MPN.

Deberá entregar una copia del informe a su examinador de reclamos si desea posponer la derivación de su atención a la MPN. Si usted o AmTrust North America, Inc. no están de acuerdo con el informe de su médico sobre su afección, puede ser impugnado. Consulte la política completa de continuidad de la atención para obtener más información sobre el proceso de resolución de conflictos.

Para obtener una copia de la política completa de continuidad de la atención en inglés o español, solicítesela a su contacto de la MPN o a su examinador de reclamos.

Política de derivación de la atención

AmTrust North America, Inc. tiene una política de "*derivación de la atención médica"* que determinará si usted puede continuar temporalmente el tratamiento para una lesión existente relacionada con el trabajo con un médico fuera de la MPN antes de que su atención se derive a la MPN.

Si ha designado previamente a un médico tratante primario de forma correcta, no se lo puede derivar a la MPN. (Si tiene preguntas sobre la designación previa, pregúntele a su empleador o contacto de Recursos Humanos). Si su médico actual no es miembro de la MPN de AmTrust California o no afilia a esta, es posible que usted deba consultar a un médico de la MPN.

Si su administrador de reclamos decide derivarlo a la MPN, usted y su médico tratante primario (PTP) deben recibir una carta en la que se les notifique la derivación.

Si usted reúne ciertas condiciones, podría calificar para continuar el tratamiento con un médico que no forme parte de la MPN durante un año como máximo antes de ser derivado a la MPN. Las afecciones para poder posponer la derivación de su atención a la MPN son las siguientes:

- **Afección aguda:** el tratamiento para su lesión o enfermedad concluirá en menos de 90 días.
- **Afecciones crónicas o graves:** su lesión o enfermedad se considera grave y continúa por lo menos durante 90 días sin que logre curarse por completo o empeora y requiere tratamiento continuo, y la derivación de su atención a un médico de la MPN supondría un problema de seguridad o una regresión de su estado médico actual. Se le puede permitir que reciba tratamiento con el médico tratante actual durante un año como máximo o hasta que su afección se estabilice y se pueda realizar una derivación de la atención de forma segura.
- **Afección terminal:** tiene una enfermedad incurable o una afección irreversible que probablemente le cause la muerte en el plazo de un año o menos.
- **Cirugía pendiente:** usted ya tiene una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por AmTrust North America, Inc. y que está programado para llevarse a cabo dentro de los 180 días de la fecha de vigencia de la MPN
- Puede estar en desacuerdo con la decisión de AmTrust North America, Inc. de derivar su atención a la MPN de AmTrust California. Si no quiere que lo deriven a la MPN, pida a su médico tratante primario (PTP) un informe médico sobre si tiene una de las cuatro afecciones que se indicaron anteriormente para tener derecho a un aplazamiento de su derivación a la MPN.

El PTP tiene 20 días desde la fecha de su solicitud para entregarle una copia de su informe sobre su afección. Si el PTP no le entrega el informe dentro de los 20 días siguientes a su solicitud, AmTrust North America, Inc. puede derivar su atención a la MPN de AmTrust California y se le exigirá que utilice un médico de la MPN.

Deberá entregar una copia del informe al examinador de reclamos si desea posponer la derivación de su atención. Si usted o AmTrust North America, Inc. no está de acuerdo con el informe de su PTP sobre su afección, puede ser impugnado. Consulte la política completa de derivación de la atención para obtener más información sobre el proceso de resolución de conflictos.

Para obtener una copia de la política completa de derivación de la atención en inglés o español, solicítela a su contacto de la MPN o a su examinador de reclamos.

Para hacer preguntas o pedir información sobre la MPN

¿Qué sucede si tengo preguntas o necesito ayuda?

- **Contacto de la MPN:** Siempre puede ponerse en contacto con el group de la administración de redes y proveedores de AmTrust para que responda sus preguntas sobre el uso de la MPN o para presentar una queja formal sobre la MPN por correo a AmTrust Workers Compensation Medical Networks (Redes médicas de indemnización por

accidentes y enfermedades laborales de AmTrust), 400 Executive Blvd., Ste. 400, Southington, CT 06489, por teléfono al (800) 768-9605, o por correo electrónico a MPNcontact@amtrustgroup.com. Si necesita que le expliquen el tratamiento médico para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede comunicarse con su examinador de reclamos si se ha asignado uno a su caso.

- Los **asistentes de acceso médico** están disponibles de lunes a sábados (excepto los domingos y los feriados) de 7:00 a. m. a 8:00 p. m., hora del Pacífico, por teléfono al (833) 990-3601, por correo electrónico a AmTrustMAA@Anthemwc.com, o por fax al (855) 299 4367.
- **División de compensación de trabajadores (DWC)**: Si tiene dudas, quejas o preguntas sobre el proceso de notificación a la MPN de AmTrust California o sobre su tratamiento médico tras una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede llamar a la Unidad de Información y Asistencia de la DWC al 800-736-7401. También puede ir al sitio web de la DWC en www.dir.ca.gov/dwc y hacer clic en "Medical provider networks" (Redes de proveedores médicos) para obtener más información sobre las MPN.

- **Revisión médica independiente de la MPN:** Si tiene preguntas sobre el proceso de Revisión Médica Independiente de la MPN, comuníquese con la Division of Workers' Compensation Medical Unit (Unidad Médica de la División de Compensación de Trabajadores) a:

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

PRINT CLEAR

PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

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

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

NOTICE OF PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

Employee: Complete this section.

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

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

_____ (street address, city, state, ZIP)

_____ (telephone number)

Employee Name (please print):

_____

Employee's Address:

_____

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

Employee's Signature _____Date: _____

Physician: I agree to this Predesignation:

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

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

Title 8, California Code of Regulations, section 9783.

PRINT CLEAR

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PERSONAL

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

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

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

AVISO DE DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICOPERSONAL

Empleado: Rellene esta sección.

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

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

_____(dirección, ciudad, estado, código postal)

_____(número de teléfono)

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

_____
Dirección del Empleado:

_____

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

_____

Firma del Empleado_____Fecha:_____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación Previa:

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

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

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

PRINT CLEAR

NOTICE OF PERSONAL CHIROPRACTOR OR PERSONAL ACUPUNCTURIST

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

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

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

Your Chiropractor or Acupuncturist's Information:

_____

(name of chiropractor or acupuncturist)

_____

(street address, city, state, zip code)

_____

(telephone number)

_____

Employee Name **(please print)**:

_____

Employee's Address:

_____

Employee's Signature _____ Date: _____

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

PRINT CLEAR

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

NOTICIA DE QUIROPRÁCTICO PERSONAL O ACUPUNTOR PERSONAL

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

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

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

Información sobre su Quiropráctico o Acupuntor:

_____
(Nombre del quiropráctico o acupuntor)

_____
(Dirección, ciudad, estado, código postal)

_____
(Número de teléfono)

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

_____

Dirección del Empleado:

_____

Firma del
Empleado_____Fecha:_____

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

OPTUM®

AmTrust FINANCIAL

Optum
PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

MAKING IT EASY...

TO GET WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTIONS FILLED.

Optum has been chosen to manage your workers' compensation pharmacy benefits for your employer or their insurer. Below is your First Fill card that will allow you to receive your injury-related prescriptions at your local pharmacy. Please fill out the card based on the instructions below.

Injured Employee:

If you need a prescription filled for a work-related injury or illness, go to a local pharmacy that participates in the Optum Tmesys® Pharmacy Benefit Network (PBN) and give this temporary card to the pharmacist. Pursuant to applicable California statutes and regulations your workers' compensation insurer or third-party administrator and Optum, your workers' compensation pharmacy partner, will be administering your benefits as part of a PBN. Medications (and other services) prescribed for treating your work injury can be obtained only from companies or providers specified in your network.

If your workers' compensation claim is accepted, you will receive a more permanent pharmacy card in the mail. Please use that card for work-related injury or illness prescriptions.

Most pharmacies and all major chains are included in the network. To find a network pharmacy call 1-866-599-5426 or visit www.tmesys.com.

Questions? Need Help?

1-866-599-5426

OPTUM® AmTrust FINANCIAL

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

AmTrust
CARRIER/TPA EMPLOYER

INJURED WORKER NAME

Please provide directly to Pharmacist
SOCIAL SECURITY NUMBER DATE OF INJURY (YYMMDD)

Notice to Cardholder: Present this card to the pharmacy to receive medication for your work-related injury. To locate a pharmacy: www.tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	AMTRFF		

NOTE: *This First Fill card is only valid for your current accepted workers' compensation injury or illness.*

Employer:

Immediately upon receiving notice of injury, fill in the information above and give this form to the employee.

The following entities comprise the Optum Workers Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."

tmesys8

MP14-1913-28_08 2019

Optum
PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

HACEMOS MÁS SENCILLO...

EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmaceuticos de su programa de compensacion por accidentes laborales para su empleador o su asegurador. Mas adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitira recibir las recetas medicas relacionadas con su lesion en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuacion.

Empleado lesionado:

Si necesita que se le abastezca su receta medica para una lesion o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia que participa en la red de beneficio de farmacia de Optum Tmesys® (PBN) y entregue esta tarjeta temporal al farmaceutico. De conformidad con los estatutos y regulaciones aplicables de California, su aseguradora o administrador externo de compensacion por accidentes laborales y Optum, el socio de farmacia de su programa de compensacion por accidentes laborales, administraran sus beneficios como parte de una PBN. Los medicamentos (y otros servicios) recetados para tratar su lesion laboral solo se pueden obtener de companies o proveedores especfficos en su red.

Si se acepta su reclamation del programa de compensacion por accidentes laborales, recibira una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para recetas medicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.

La mayoria de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite www.tmesys.com.

eTiene alguna pregunta?
^Necesita ayuda?

1-866-599-5426

OPTUM® AmTrust FINANCIAL

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

AmTrust
PORTADORA EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Please provide directly to Pharmacist
NUMERO DE SEGURO SOCIAL FECHA DE ALA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesion relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite www.tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	AMTRFF		

NOTA: *La tarjeta First Fill es valida unicamente para su lesion o enfermedad actual y aceptada relacionada con su compensacion por accidentes laborales.*

Empleador:

Inmediatamente despues de recibir un aviso sobre una lesion, llene la informacion antes indicada y entregue este formulario al empleado.

The following entities comprise the Optum Workers Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."

tmesys®

MP14-1913-28_08 2019

RETURN-TO-WORK; A **GREAT** IDEA

We at the AmTrust Group, are convinced that an employer who provides light, or restricted work for injured employees, enjoys numerous benefits. This is not just an opinion, it's something we see day in and day out. Consider:

- Unless an injured worker returns to the workplace within 60 days, chances of him/her ever returning drop dramatically. (resulting in a very expensive permanent disability situation.)
- After 6 months away from the workplace, only 50% chance of return.
- After 12 months, only a 10% chance of return.

Some Return-to Work Benefits Include:

- "Test" of malingering potential. Injured employees who refuse light duty are more prone to being malingerers.
- Opportunity for employer to demonstrate true concern for workers' well-being.
- Promotion of rehabilitation and recovery.
- Lower medical and rehabilitation costs.
- Productivity.
- Morale improvement for the injured worker.
- Ability for the employer to monitor the injured employee's recovery progress.
- Decrease of WC claims costs, with resultant downstream WC premium savings.

(Notice we're not just talking about 'feel-good' issues, but also hard dollars !)

Some common misconceptions (and truths) about Return-to-Work / Light Duty:

Misconception: *We've already got too many "programs" around here, and don't need any more paper*.

Truth: While it is true a written, planned program works best, in many cases a Light Duty "program" can be nothing more than a management understanding of the benefits and principles of Return-to-Work, how it works, and the commitment to 'just do it', when light-duty recommendations are made by WC physicians.

Misconception: *It will get me into an Americans With Disabilities (ADA) "situation".*

Truth: Light-duty and ADA "reasonable accommodation" are two entirely separate issues. Generally, light duty is a temporary assignment, for a relatively short period. ADA accommodations are made for serious, permanent disabilities that impair major life activities.

Misconception*: I'll have to devise a whole new job each time an employee needs light duty.*

Truth: The vast majority of light-duty restrictions require accommodating only one or two factors, such as "no lifting over 10 pounds", or the like. In many cases, if you break the jobs down into individual **tasks**, you'll see that only one or two tasks within the employee's normal job are affected, and can be handled in some other way.

Misconception: *Once an employee gets into a "cushy" light-duty job, s/he'll never leave it, and I'll be stuck with it.*

Truth: Light duty is always defined by, and monitored by the attending physician. An employee on light duty is periodically monitored by the physician for improvement, and is released for full-duty as soon as medically indicated.

Misconception: *We're a union company. Our union won't allow us to pay lower rates, or move employees between classifications, or between bargaining groups.*

Truth: Any Local that objects to a Return-to-Work program should be referred to its national body for guidance. Return to Work is universally recognized as a very positive influence on an injured worker (as well as benefiting the employer). Labor unions, whose major purpose for existence is the benefit of the workers they represent, should not only "tolerate" Return-to-Work programs, but enthusiastically promote, and assist in such programs' implementation and operation. It is strongly suggested that management approach labor representatives to solicit their input, and assistance in making Return to Work a positive force in your workplace.

Misconception: *I might be willing to place a worker in a light-duty position, but I can't afford pay them their full pay, for the decreased productivity.*

Truth: Talk to your WC insuror's claims professional. In many cases, states' WC plans provide for "make-up" pay to replace some, or all of the injured employees' decreased earnings. The goal of getting them back to the workplace, and doing some productive work is that important!

Division of Workers' Compensation

Factsheet

What is workers' compensation?

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

One event at work. Examples: hurting your back in a fall, getting burned by a chemical that splashes on your skin, getting hurt in a car accident while making deliveries.
—or—
Repeated exposures at work. Examples: hurting your wrist from doing the same motion over and over, losing your hearing because of constant loud noise.

What are the benefits?

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

What should I do if I have a job injury?

Report the injury to your employer

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

Minimizing the impact of work-related injuries and illnesses

Helping resolve disputes over workers' compensation benefits

Monitoring the administration of claims

Get emergency treatment if needed

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

Fill out a claim form and give it to your employer

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

Get good medical care

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Department of Industrial Relations 455 Golden Gate Avenue, 10th Fir., San Francisco, CA 94102 www.dir.ca.gov
July 2010

División de Compensación de Trabajadores

Hoja informativa

¿Qué es la compensación de trabajadores?

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

Un incidents en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la espalda al caerse, quemarse con un producto quimico que le salpica la piel, lesionarse en un accidente automovilistico mientras hace entregas.
-O-
Exposiciones repetidas en el trabajo. Ejemplos: lastimarse la muñeca por hacer movimientos repetitivos, perder la audicion debido a la presencia de ruidos fuertes y constantes.

¿Cuáles son los beneficios?

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

¿Qué debo hacer si me lesiono en el trabajo?

Informe a su empleador sobre la lesion que ha sufrido
Informele inmediatamente a su supervisor. Si su lesion o enfermedad se desarrollo gradualmente (como la tendinitis o la perdida de audicion), informelo tan pronto como se entere o usted considere, que la lesion fue causada por su trabajo.

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

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

Supervisa la administración de los reclamos

Reciba atencion de emergencia si es necesario

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

Llene un formulario de reclamo y entregueselo a su empleador

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

Reciba una buena atencion medica

Reciba una buena atencion medica para ayudarle a recuperarse. Debe ser atendido por un medico que comprenda su lesion o enfermedad especifica. Exph'quele al medico sus sintomas y las circunstancias laborales que usted cree causaron la lesion o enfermedad. Describa tambien su trabajo y su ambiente de trabajo.

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

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

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

La Division de Compensacion de Trabajadores de California

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

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

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

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

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

DIR 2101 6/Mayo

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.

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 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.

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:

AmTrust Financial Services, Inc.

Address: P.O. Box 89404, Cleveland, OH 44101

Phone: 844-601-7760.

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

Get emergency treatment if needed

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

Emergency telephone number: Call 911 for an ambulance, fire department or police. For 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 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. 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.

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

UN FOLLETO PARA EL NUEVO EMPLEADO

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

¿QUÉ ES LA COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES?

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

Un incidente en el trabajo. 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**: Pagada por su empleador para ayudarle a recuperarse de una lesión o enfermedad causada por el trabajo. Consultas al médico, servicios de hospital, terapia física, exámenes de laboratorio y rayos X son algunos servicios médicos que pueden ser proporcionados. Estos servicios deben ser necesarios para tratar su lesión. Hay límites en algunos servicios como terapia física y ocupacional y cuidado quiropráctico.

- **Beneficios por incapacidad temporal**: Pagos que usted recibe por los salarios perdidos si su lesión le impide hacer su trabajo usual mientras se recupera. El monto que puede recibir es hasta dos tercios de su salario. Hay límites de pagos mínimos y máximos establecidos por la ley estatal. Le pagarán cada dos semanas si es elegible. Para la mayoría de las lesiones, los pagos no pueden exceder más de 104 semanas dentro de cinco años después de su lesión. La Incapacidad Temporal *(Temporary Disability- TD)* termina cuando usted regresa a trabajar o cuando su médico le permite regresar a trabajar o indica que su lesión ha mejorado tanto como sea posible.

- **Beneficios por incapacidad permanente**: Pagos si no se recupera completamente. Le pagarán cada dos semanas si cumple las condiciones exigidas. Hay tasas de pago semanales mínimas y máximas establecidas por la ley estatal. El monto de pago está basada en:
  - Los informes médicos de su doctor
  - Su edad
  - Su ocupación

- **Beneficios suplementarios por la pérdida de trabajo**: Este es un vale de hasta $6,000 que usted puede utilizar para pagar por entrenamiento/capacitación o mejoramiento de habilidades en una escuela aprobada por el estado, libros, herramientas, honorarios de certificación o licenciatura u otros recursos para ayudarle a encontrar un nuevo trabajo. Usted tiene derecho a este vale si:
  - Tiene una incapacidad permanente
  - Su empleador no le ofrece trabajo regular, modificado o alternativo dentro de 60 días después de que el administrador de reclamos recibe un informe médico indicando que ha llegado a una máxima recuperación médica.

- **Beneficios por Defunción**: Pagos a su cónyuge, hijos u otros dependientes si usted muere debido a una lesión o enfermedad de trabajo. El monto del pago está basado en el número de dependientes. El beneficio se paga cada dos semanas en un monto de al menos $224 por semana. Adicionalmente, el seguro de compensación de trabajadores proporciona un subsidio para el entierro.

OTROS BENEFICIOS

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

Si su lesión resulta en una incapacidad permanente y el estado determina que su beneficio de *PD* es desproporcionadamente bajo comparado a su pérdida de ingresos, usted puede calificar para dinero

adicional del programa de Pérdida de Ingresos Especiales Suplementarios del Departamento de Relaciones Industriales *(Department of Industrial Relations- DIR*) también conocido como el Programa del Regreso al Trabajo. Si tiene preguntas o piensa que califica, comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia yendo a www.dwc.ca.gov y busque el enlace *"Information & Assistance Unit"* bajo la sección *Workers' compensation programs & units"* o visite la página web del *DIR* en www.dir.ca.gov.

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

¿QUÉ DEBO HACER SI ME LESIONO EN EL TRABAJO?

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

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

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

AmTrust Financial Services, Inc.

Dirección: P.O. Box 89404, Cleveland, OH 44101

Número de teléfono: 844-601-7760

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

Obtenga tratamiento de emergencia si es necesario

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

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

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

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

Si la lesión se debe a exposiciones repetidas, usted tiene un año desde cuando sabe que su lesión se relaciona a su trabajo para presentar un reclamo.

En cualquier caso, puede recibir hasta $10,000 en atención médica pagada por su empleador hasta que se acepte o niegue su reclamo. El administrador de reclamos tiene hasta 90 días para decidir si acepta o niega su reclamo. Si no, su caso se considera pagable.

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

MÁS ACERCA DE ATENCIÓN MÉDICA

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

¿QUÉ PASA SI HAY ALGÚN PROBLEMA?

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

Comuníquese con la Unidad de Información y Asistencia *(Information & Assistance- I&A)* de la División de Compensación de Trabajadores *(Division of Workers9 Compensation- DWC)*

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

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

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

Dirección: _____.

Número de teléfono: _____.

Consulte con un abogado

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

Advertencia

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

Derechos adicionales

Usted también puede tener otros derechos bajo la Ley de Estadounidenses con 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 06/17/14 y efectivo para fecha de lesiones durante o después del 1/1/13.

Julio 2014

AmTrust North America

An AmTrust Financial Company

On Behalf of _____
P.O. Box 89404 Cleveland OH 44101

THIS DOCUMENT SHOULD BE FAXED OR EMAILED TO:
Fax (216) 643-5500 or
Email: conclaims@amtrustgroup.com

Employee: _____

Employer: _____

Claim Number: _____

Date of Hire: _____

Social Security Number: _____

Position/Job Title: _____

WAGE STATEMENT PERIOD TO COMPLETE:
FROM: _____TO_____

EMPLOYMENT TYPE:
Full ___Part Time ___**Seasonal ___**Temp____
**Seasonal/Temp Job start date: _____
Seasonal/Temp Job end date: _____

WAGE INFORMATION:
Monthly Wage: $_____ Commission: Y__N__
Hourly Rate: $_____ Overtime Rate/Hr: $_____
Hours Scheduled Per week: _____
Regular OT Hours Per Week: _____
Tips Reported Per Week: $_____

If employees' compensation package includes an allowance for any of the following, please indicate the actual or estimated value:

Per WK: Meals $_____Rent/Lodging $_____

Auto Allowance: $_____Bonus $_____

Bonus Paid:
Weekly: _____Monthly: _____ Annually: _____

WK	Pay Rate	Reg Hrs Worked	OT Hrs	Begin Date	End Date	Gross Salary
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						
36						
37						
38						
39						
40						
41						
42						
43						
44						
45						
46						
47						
48						
49						
50						
51						
52						

OPTUM®

Workers' Compensation Notification Pharmacy Benefit Network (PBN)

Your employer and your workers' compensation claims administrator have selected Optum as their workers' compensation pharmacy benefit network (PBN), to provide medications for your work- related injury through their pharmacy network, Tmesys®.

This plan provides that drugs (and other services) prescribed for treating your work injury can be obtained only from companies or providers specified in your plan.

If you have any questions about how to obtain prescribed medications, call 1-866-599-5426.

LOCATING A PLAN PHARMACY

More than 5,000 Locations in CA

1. **Go to the Tmesys website at Tmesys.com**
2. **Select the search method you prefer**

Call 1-866-599-5426 to speak to a customer care specialist

CA PBN Limitations

- You must present your workers' compensation pharmacy card to a participating network pharmacy in order to receive medications.
- Only medications used to treat your work-related injury are covered.
- Some medications may not be on the authorized list, in which case the pharmacy will contact Optum to try to obtain approval while you are at the pharmacy.
- Your prescribed medication may be subject to Utilization Review at the request of your claims administrator.

How to Obtain Medicines

1. Your employer will provide you information and notification on the network and howto obtain medications upon implementation or when you were hired.
2. Upon receiving a notice of first injury, your employer will provide you with additional notification of requirements as well as a First Fill Card.
3. Give the card to the pharmacist at a participating network pharmacy with your prescription.
4. The pharmacist will fill your prescription. You should not receive a bill for these medications.
5. A permanent workers' compensation pharmacy card will be mailed to you.
6. Use the permanent card each time you have a prescription filled for your work-related injury.

We look forward to serving you. If you have any questions about how to obtain prescribed medications, call 1-866-599-5426 or visit our Pharmacy Center on Tmesys.com.

OPTUM®

Workers' Compensation Notification

Pharmacy Benefit Network

Your employer and your workers' compensation claims administrator have selected Optum as their workers' compensation pharmacy benefit network (PBN), to provide medications for your work-related injury through their pharmacy network, Tmesys.

This plan provides that drugs (and other services) prescribed for treating your work injury can be obtained only from providers specified in your plan network.

If you have questions about how to obtain prescribed medications, call toll this free number 1-866-599-5426.

How to Obtain Your Medicines

Please read the following information carefully as it contains instructions on the required use of a participating PBN pharmacy to receive your medications.

CA PBN Limitations

- You must present your workers' compensation pharmacy card to a participating network pharmacy in order to receive medications.
- Only medications used to treat your work-related injury are covered.
- Some medications may not be on the authorized list, in which case the pharmacy will contact Optum to try to obtain approval while you are at the pharmacy.
- Your prescribed medication may be subject to Utilization Review at the request of your claims administrator.

New Injuries

1. Upon receiving notice of injury, your employer will provide you with a First Fill Card to be used at a participating network pharmacy.
2. Give the card to the pharmacist with your prescription.
3. The pharmacist will fill your prescription. By using a participating network pharmacy, you should not receive a bill for your medications.
4. A permanent workers' compensation pharmacy card will be mailed to you.
5. Use the permanent card each time you have a prescription filled for your work-related injury.

Locating a PBN Pharmacy. More than 5,000 locations in California

- Go to the Tmesys website at tmesys.com
- Choose your preferred search method and follow the instructions
- Call 1-886-599-5426 to speak to a customer care specialist

We look forward to serving you. If you have questions about how to obtain prescribed medications, call 1-866-599-5426.

OPTUM®

Notification de Compensation

de Beneficios de Farmacia de redes

Su empleador y sus trabajadores administrador de reclamaciones de indemnizacion ha seleccionado Optum como de sus trabajadores de la red de compensacion de beneficios de farmacia (PBN), para proporcionar medicamentos para su lesion relacionada con el trabajo a través de la red de farmacias Optum, Tmesys.

Este plan prevé que las drogas (y otros servicios) prescrita para el tratamiento de su lesion en el trabajo solo se puede obtener de las empresas y proveedores de servicios especificados en su plan. Si usted tiene alguna pregunta acerca de cómo obtener los medicamentos recetados, llame al siguiente número sin cargo 1-866-599-5426.

Cómo obtener medicamentos

Por favor, lea atentamente la siguiente informacion, ya que contiene instrucciones sobre el uso requerido de un plan de participacibn farmacia de la red/a recibir sus medicamentos.

Limitaciones de CA PBN

- listed debe esentar su tarjeta de trabajadores de farmacia una indemnizacion a un plan de participantes /farmacia de la red para recibir los medicamentos.
- Solo los medicamentos utilizados para tratar su lesion relacionada con el trabajo están cubiertos.
- Algunos medicamentos pueden no estar en la lista autorizada, en cuyo caso la farmacia se.
- Su medicacibn prescrita puede ser objeto de revision de la utilizacibn, a peticibn de su administrador de reclamaciones.

Nueva Lesiones

1. Al recibir aviso de la lesion, su empleador le proporcionara una tarjeta de Primero de relleno a utilizar en un farmacia de la red.
2. Darle la tarjeta a la farmacia con su receta.
3. El farmaceutico se surtir su receta. Mediante el uso de un farmacia de la red, usted no debe recibir una factura por sus medicamentos.
4. Tarjeta permanentes de trabajadores de farmacia será enviado por el correo.
5. Usa la tarjeta permanente cada vez que tenga una receta medica para su lesion relacionada con el trabajo.

Localization de un Plan de Farmacia. Más de 5,000 hoteles en CA

- Lr a la pagina web de en tmesys.com
- Elija una opcibn de busqueda
- Llame al 1-866.599.5426 para hablar con un especialista en atencibn al cliente

Esperamos poder servirle. Si usted tiene alguna pregunta acerca de cómo obtener los medicamentos recetados, llame al 1-866.599.5426.

PRINT CLEAR

STATE OF CALIFORNIA - DEPARTMENT OF INDUSTRIAL RELATIONS
Division of Workers' Compensation

Notice to Employees--Injuries Caused By Work

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

Benefits. Workers' compensation benefits include:

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

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

If You Get Hurt:

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

MPN website: https://www.talispoint.com/amtrust/campn

MPN Effective Date: _____ MPN Identification number: 3154

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: 833-990-3601

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: 800-768-9605

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

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

Claims Administrator Amtrust North America Phone (888) 239-3909

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

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

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

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

ESTADO DE CALIFORNIA - DEPARTAMENTO DE RELACIONES INDUSTRIALES
División de Compensación de Trabajadores

Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

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

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

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

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

Si Usted se Lastima:

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

Página web de la MPN: https://www.talispoint.com/amtrust/campn

Fecha de vigencia de la MPN: _____ Número de identificación de la MPN: 3154

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: 833-990-3601

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: 800-768-9605

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

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

Administrador de Reclamos Amtrust North America Teléfono (844) 601-7760

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador _____ (Anote "autoasegurado" si es apropiado)

Usted también puede obtener información gratuita de un Oficial de Información y Asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. El Oficial de Información y Asistencia más cercano se localiza en: https://www.dir.ca.gov/dwc/landA.html o llamando al número gratuito **(800) 736-7401**. Usted puede obtener más información sobre la compensación del trabajador en el Internet en: **www.dwc.ca.gov** y acceder a una guía útil "Compensación del Trabajador de California Una Guía para Trabajadores Lesionados."

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

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

FRAUD

WORKERS COMPENSATION FRAUD IS ILLEGAL IN CALIFORNIA. ANY PERSON WHO FILES OR CONTRIBUTES TO THE FILING OF A FALSE WORKERS COMPENSATION CLAIM IS COMMITTING A CRIME PUNISHABLE BY A PRISON SENTENCE AND/OR A PENALTY FINE.

WHAT IS INSURANCE FRAUD?

In the broadest sense, insurance fraud can encompass any fraudulent or illegal act that involves the business of insurance.

Pursuant to California Insurance Code 1871.4 (a) It is unlawful to do any of the following:

1) Make or cause to be made a knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying any *compensation, as defined in Section 3207 of the Labor Code. *Every benefit or payment conferred by Division 4 upon an injured employee, including vocational rehabilitation, or in the event of his death, upon his dependents, without regard to negligence.
2) Present or cause to be presented a knowingly false or fraudulent written or oral material statement in support of, or in opposition to. a claim for compensation for the purpose of obtaining or denying any compensation, as defined in Section 3207 of the Labor Code
3) Knowingly assist, abet, conspire with, or solicit a person in an unlawful act under this section
4) Make or cause to be made a knowingly false or fraudulent statement with regard to entitlement to benefits with the intent to discourage an injured worker from claiming benefits or pursuing a claim

Every person who violates subdivision (a) shall be punished by imprisonment in the county jail for one year, or in the state prison for two (2). three (3) or five (5) years, or by a fine not exceeding one hundred fifty thousand dollars ($150,000.00) or double the value of the fraud, whichever is greater, or by both the imprisonment and fine.

Restitution shall be ordered, including restitution for any medical evaluation or treatment services obtained or provided. The court shall determine the amount of restitution and the person or persons to whom the restitution shall be paid.

Pursuant to California Insurance Code Section 1877.3 b(l):

When an insurer or licensed rating organization knows or reasonably believes it knows the identity of a person or entity whom it has reason to believe committed a fraudulent act relating to a workers' compensation insurance claim or a workers' compensation insurance policy, including any policy application, or has knowledge of such a fraudulent act that is reasonably believed not to have been reported to an authorized governmental agency, then, for the purpose of notification and investigation, the insurer, or agent authorized by an insurer to act on its behalf, or licensed rating organization shall notify the local district attorney's office and the Bureau of Fraudulent Claims of the Department of Insurance, and may notify any other authorized governmental agency of that suspected fraud and provide any additional information in accordance with subdivision (a).

FRAUD HARMS EMPLOYERS BY CONTRIBUTING TO THE INCREASINGLY HIGH COST OF INSURANCE AND HARMS EMPLOYEES BY UNDERMING THE LEGITIMACY OF ALL WORKERS COMPENSATION CLAIMS.

FRAUDE

EL FRAUDE DE COMPENSACIÓN PARA TRABAJADORES ES ILEGAL EN CALIFORNIA. CUALQUIER PERSONA QUE PRESENTE O CONTRIBUYE A LA PRESENTACIÓN DE UN RECLAMO FALSO (LA DECLARACIÓN DE COMPENSACIÓN COMPROMETE UN CRIMEN CASTIGABLE POR UNA FRASE DE PENALIZACIÓN Y / O UNA MULTA POR PENA.

QUE ES FRAUDE DE SEGURO?

En el sentido más amplio, el fraude de seguros puede abarcar cualquier acto fraudulento o ilegal que involucre el negocio del seguro.

De conformidad con el Codigo de Seguros de California 1871.4 (a) Es ilegal hacer cualquiera de los siguientes:

1) Hacer o hacer que se haga una declaration material o declaration material falsa o fraudulenta con el proposito de obtener o denegar * compensation, tai como se define en la Section 3207 del Codigo del Trabajo. * Todos los beneficios o pagos conferidos por la Division 4 a un empleado lesionado, incluida la rehabilitation vocational o, en caso de fallecimiento, a sus dependientes, independientemente de la negligencia
2) Presentar o hacer que se presente una declaration escrita u oral a sabiendas falsa o fraudulenta en apoyo de, o en oposicion a, un reclamo de compensation con el proposito de obtener o denegar cualquier compensation, segiin se define en la Section 3207 del Codigo Laboral
3) A sabiendas asistir, instigar, conspirar o solicitar a una persona en un acto ilegal en virtud de esta section
4) Hacer o hacer que se haga una declaration deliberadamente falsa o fraudulenta con respecto a la titularidad de los beneficios con la intention de desalentar a un trabajador lesionado de reclamar beneficios o seguir un reclamo

Toda persona que viole la subdivision (a) será castigada con prision en la carcel del condado por un año, o en la prision estatal por dos (2), tres (3) o cinco (5) años, o una multa que no exceda uno Ciento cincuenta mil dolares ($ 150,000.00) o el doble del valor del fraude, el que sea mayor, o tanto el encarcelamiento como la multa.

Se ordenara la restitution, incluida la restitution por cualquier evaluation medica o servicios de tratamiento obtenidos o proporcionados. El tribunal determinara el monto de la restitution y la persona o personas a quienes se les pagará la restitution.

De conformidad con la Section 1877.3 b (1) del Codigo de Seguros de California: