



# Meadowbrook-Harbor MPN Program

## ***MPN Employer Administration Guide***

Revised 11/1/2011

**MPN Programs available 11/01/2011 for policyholders with:**  
Star Insurance Company  
Williamsburg National Insurance Company

## Table of Contents

---

1. Introduction	
2. Revised Workers' Compensation Medical Provider Network (MPN) changes . . . . .	3
3. Employee Notification – MPN . . . . .	5
a. Initial MPN Employee Notification	
b. Complete MPN Employee Notification	
c. Employer's Responsibility for MPN Notification Process	
d. MPN Provider Search Website	
4. Exhibits	
a. Employee Notice . . . . .	8
b. Continuity of Care Policy . . . . .	21
c. Transfer of Care Policy . . . . .	26
d. Economic Profiling Policy . . . . .	31
e. Independent Medical Review (IMR) Application . . . . .	33
f. Additional Employer Forms (optional)	
i. Pre-designation of personal physician form . . . . .	41
ii. Acknowledgement of Receipt form . . . . .	43

## Introduction

---

Welcome to the **MEADOWBROOK MPN** Program.

Under the terms of your Workers' Compensation Policy, your Workers' Compensation Claims will be administered by Meadowbrook Insurance Group. Meadowbrook is pleased to include your company in the California Medical Provider Network (MPN) program. You will be utilizing the MEADOWBROOK MPN.

The MEADOWBROOK MPN provides access to an exclusive group of physicians who understand Workers' Compensation requirements and are experienced in providing quality medical care for injured workers. Our program ensures that every covered employee that suffers a work-related injury or illness has access to prompt medical care, along with a safe Return-To-Work as soon as medically appropriate.

This Employer guide contains important information to assist you with the administration of the MEADOWBROOK MPN. To ensure your employees receive the required materials in a timely manner, you will find copies (and samples) of forms and recommended procedures. This guide is only a summary of the MPN program. Any questions not addressed in this guide should be referred to MEADOWBROOK Insurance or the MPN Contact listed below.

MCMC LLC provides Managed Care Services for Meadowbrook Insurance Group and their policyholders. Harbor Health Systems (Harbor) is their MPN administrator.

### MPN CONTACTS

MCMC LLC 10750 7 <sup>th</sup> St. #101 Rancho Cucamonga, CA 91730 Voice: 877.707.5633 Fax: 909.949.6313 E-mail: <a href="mailto:MPNcontact@mcmllc.com">MPNcontact@mcmllc.com</a> Website: <a href="http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp">www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp</a>	Meadowbrook Insurance Group 1707 Village Center Circle #100 Las Vegas, NV 89134-0515 Voice: 800.781.8062 or 702.360.4292 Fax: 866.291.4664 E-mail: <a href="mailto:MPNcontact@mcmllc.com">MPNcontact@mcmllc.com</a> Website: <a href="http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp">www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp</a>
--	--

## Revised Workers' Compensation and Medical Provider Network (MPN) Changes

The California Division of Workers' Compensation (DWC) released new Workers' Compensation regulations, including the Medical Provider Network (MPN). These include mandatory new/revised employee and posting notices.

Effective October 8, 2010, California employers must:

1. Post revised Workers' Compensation employee posting notices,
2. Distribute an updated version of the new hire pamphlet to employees hired on or after that date,
3. Provide a new DWC-1 Claims Form/Notice of Potential Eligibility to workers injured on or after that date, and
4. Post new Medical Provider Network (MPN) notices if they use an MPN.

All California employers must:

- Post the new version of the 'Notice to Employees – Injuries Caused by Work' (DWC7)
- Distribute a new 'Your Rights to Workers' Compensation Benefits' pamphlet to all new employees who start to work on or after 10.08.10, at the time of hire or before the end of the first pay period.

Employers with an existing Medical Provider Network (MPN) must also:

1. Create an MPN "Implementation Notice" to distribute to employees at the "time of hire"
2. Create a complete written MPN Notice (English and Spanish) and post it "in a conspicuous location frequented by employees during the hours of the workday and in close proximity to the Workers' Compensation posting (Notice to Employees – Injuries Caused by Work) by 10.08.10.
3. Distribute the complete MPN Notice to any employee injured at work on or after that date.

Employers who are implementing, changing or terminating an MPN must also:

- Create an MPN "Implementation Notice" to distribute to employees "prior to the implementation of an MPN or at Time of Hire"
- Post a complete written MPN Notice (English and Spanish) and post it "in a conspicuous location frequented by employees during the hours of the workday and in close proximity to the Workers' Compensation posting (Notice to Employees – Injuries Caused by Work) by 10.08.10.
- Give the Complete MPN Notice to any employee injured at work on or after 10.08.10.
- Give covered employees notice that you are implementing an MPN
- Give injured employees notice that you are terminating, or changing the MPN.

## Employee Notification - MPN

---

The following discusses the MPN Employee Notification process and procedures to be performed by the Employer.

### Summary

Every covered employee shall be notified, in writing, about the use of the HARBOR Medical Provider Network (MPN) for work-related injuries and illnesses. The written notification is required by Labor Code section § 4616.3.

### Initial MPN Employee Notification

The Initial MPN Implementation Notice shall be sent to all covered employees at one of the following times:

1. Prior to the implementation of the MPN Program; or
2. At the time of Hire.

An MPN Implementation Notice is not required if the MPN Applicant or insured employer is changing from one MPN to another MPN within 60 days. The MPN implementation notice shall be provided in English and also in Spanish, to Spanish-speaking employees.

### Complete MPN Employee Notification

The Complete Written MPN Implementation Notice shall be sent to all covered employees at one of the following times:

1. At the time of Injury; or
2. When an existing employee transfers into the MPN Program (MPN Transfer of Care).

The Complete Written MPN implementation notice to all covered employees shall, at a minimum, include the following information:

1. That medical treatment for new work injuries will be provided through the Medical Provider Network (MPN) as of the effective date of coverage unless the employee properly predesignates a physician or medical group prior to injury;
2. The effective date of coverage under the new MPN;
3. That existing work injuries may be transferred into the new MPN. The worker should check with the worker's claims adjuster for more information.

4. That more information about the MPN can be found on the Workers' Compensation poster or by asking your employer.
5. The name of your MPN designated contact for all employees;
6. A description of the MPN Program;
  - a. How to review, receive or access the provider network;
  - b. How to access initial care and subsequent care (including access standards);
  - c. How to access treatment outside the MPN geographical service area;
  - d. How to choose a physician within the MPN;
  - e. What to do if your employee has trouble getting an appointment with a MPN provider;
  - f. How to change a physician within the MPN;
  - g. How to obtain a referral to a specialist within the MPN or outside the MPN, if needed;
  - h. How to use the second and third opinion processes;
  - i. How to request and receive an Independent Medical Review;
  - j. A description of the standards for transfer of ongoing care into the MPN and a notification that a copy of the policy shall be provided upon request; and
  - k. A description of the continuity of care policy and a notification that a copy of the policy shall be provided upon request.

## Employer's Responsibility for MPN Employee Notification Process

The MPN employee notification process is the most important initial component of the MPN program implementation. It must be managed and administered consistently. The notification process could be significant if the claim becomes litigated.

1. Post the MPN Notification (Complete Written Employee MPN Notification)
  - a. NOTE: The notice shall be posted in both English and Spanish in a conspicuous location frequented by employees during the hours of the workday and in close proximity to the mandatory Workers' Compensation posting.
2. Distribute the following MPN information to all current covered employees and future new hire employees: (English version to all employees and also Spanish version to Spanish-speaking employees).
  - a. MPN Implementation Notice (Exhibit A)
  - b. Employee MPN Acknowledgement Forms (optional)
  - c. Physician Pre-Designation Forms
3. Collect the completed and executed Employee MPN Acknowledgement Forms from your employees.
4. CHANGE OF MPN – For employers that utilized a different MPN previously, provide the CHANGE OF MPN notice to injured covered employees to give the required notice of the change of MPN coverage.
5. NEW EMPLOYEES – Provide the MPN Implementation Notice at time of hire.
6. TIME OF INJURY – Provide the Complete Written MPN Employee Notification at time of injury. (In addition to required DWC claim forms).

### MPN Provider Search Website

Employers and their covered employees may access the listing of approved medical providers in the Harbor MPN at the following website link:

<http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp>

# Exhibit A

Employee Notice (English and Spanish)



**INSTRUCTIONS:** Please paste the information below onto letterhead for distribution to all employees when an MPN is implemented and also to all new employees hired after the date of the implementation of an MPN. Insert the effective date and name of the MPN into the spaces indicated. Additional information can be added to customize this letter.

### **Implementation Notice Medical Provider Network**

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

Medical treatment for new work-related injuries will be provided by the Medical Provider Network (MPN) as of November 1, 2011 unless an employee properly predesignates a physician or medical group prior to injury. Important information regarding the MPN can be found on the worker's compensation posting notice at your work location or by asking your employer.

Unless you predesignate a physician or medical group, your new work injuries arising on or after November 1, 2011 will be treated by providers in a new medical Provider Network, **Meadowbrook-Harbor MPN**. If you have an existing injury, you may be required to change to a provider in the new MPN. Check with your claims adjuster. You may obtain more information about the MPN from the workers' compensation poster or from you employer.

Existing work injuries may be transferred into the new MPN. Please check with your claims workers' compensation claims examiner for more information.

**INSTRUCTIONS:** Please paste the information below onto letterhead for distribution to all employees when an MPN is implemented and also to all new employees hired after the date of the implementation of an MPN. Insert the effective date and name of the MPN into the spaces indicated. Additional information can be added to customize this letter.

### **Aviso de Implementación de la Red de Prestadores de Servicios Médicos**

(Título 8, Código de Reglamentaciones de California, sección 9767.12)

El tratamiento médico para las lesiones nuevas relacionadas con el trabajo será proporcionado por una Red de Prestadores de Servicios Médicos (MPN por sus siglas en inglés) a partir del 1 De noviembre de 2011 a menos que el empleado haya designado previamente y de manera apropiada, a un médico o grupo médico antes de sufrir la lesión. Se puede encontrar información importante con relación a la MPN en el aviso de compensación al trabajador publicado en su lugar de trabajo o bien consultando a su empleador.

A menos que usted designe previamente a un médico o grupo médico, las nuevas lesiones que usted sufra en el trabajo y ocurran a partir del <INSERT EFFECTIVE DATE OF NEW MPN> o con posterioridad a esa fecha, serán tratadas por profesionales pertenecientes a la nueva Red de Prestadores de Servicios Médicos, **Meadowbrook-Harbor MPN**. Si usted tiene una lesión existente, se le puede pedir que cambie de profesional y utilice a un prestador de servicios médicos perteneciente a la nueva MPN. Consulte a su ajustador de reclamos. Usted puede obtener más información acerca de la MPN consultando la publicación de compensación al trabajador o a su empleador.

Las lesiones existentes ocurridas en el trabajo se pueden transferir a la nueva MPN. Por favor consulte a su examinador de reclamos de compensación al trabajador para mayor información.

## **Important Information about Medical Care if you have a Work-Related Injury or Illness**

### **Complete Written MPN Employee Notification** (Title 8, California Code of Regulations, section 9767.12)

California law requires your employer to provide and pay for medical treatment if you are injured at work. Your employer has chosen to provide this medical care by using a Workers' Compensation physician network called a Medical Provider Network (MPN). This MPN is administered by Harbor Health Systems. This notification tells you what you need to know about the MPN program and describes your rights in choosing medical care for work-related injuries and illnesses.

#### **What is a MPN?**

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

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

The MPN contact listed at the end of this notification will be able to answer your questions about the MPN and will help you obtain a regional list of all MPN doctors in your area. At minimum, the regional listing must include a list of all MPN providers within 15 miles of your workplace and/or residence or a list of all MPN providers within the county where you live and/or work. You may choose which list you wish to receive. You can get the list of MPN providers by calling the MPN contact or by going to the network search site listed at the end of this notice. You also have the right to a complete listing of all of the MPN providers upon request.

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

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

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

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

After the first medical visit, you may continue to be treated by this doctor, or you may choose another doctor from the MPN. You may continue to choose doctors within the MPN for all of your medical care for this injury. If appropriate, you may choose a specialist or ask your treating doctor for a referral to a specialist. If you need help in choosing a doctor you may call the MPN Contact listed above.

#### **Can I change providers?**

Yes. You can change providers within the MPN for any reason, but the providers you choose should be appropriate to treat your injury.

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

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

The MPN must give you a regional list of providers that includes at least three physicians in each specialty commonly used to treat work injuries/illnesses in your industry. The MPN must provide access to primary physicians within 15 miles and specialists within 30 miles. If you live in a rural area there may be a different standard.

The MPN must provide initial treatment within 3 days. You must receive specialist treatment within 20 days of your request. If you have trouble getting an appointment, contact the MPN.

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

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

**What if I need a specialist not in the MPN?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

If either the second or third opinion doctor agrees with your need for a treatment or test, you will be allowed to receive that medical service from a provider inside the MPN, including the second or third opinion physician.

If the Independent Medical Reviewer supports your need for a treatment or test you may receive that care from a doctor inside or outside of the MPN.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

For a copy of the entire transfer of care policy, ask your MPN Contact.

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

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

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

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

**Qualifying Conditions**

- (Acute) The treatment for your injury or illness will be completed in less than 90 days.
- (Serious or chronic) Your injury or illness is one that is serious and continues for at least 90 days without full cure or worsens and requires ongoing treatment. You may be allowed to be treated by your current treating doctor for up to one year, until a safe transfer of care can be made.
- (Terminal) You have an incurable illness or irreversible condition that is likely to cause death within one

year or less.

- (Pending Surgery) You already have a surgery or other procedure that has been authorized by your employer or insurer that will occur within 180 days of the termination of contract date between the MPN and your doctor.

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

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

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

For a copy of the entire Continuity of Care policy, ask your MPN Contact.

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

MPN Contact: You may always contact the MPN Contact if you need help or an explanation about your medical treatment for your work-related injury or illness.

Title:	MPN Contact MCMC LLC	MPN Contact Meadowbrook Insurance Group
Address:	10750 7th St. #101 Rancho Cucamonga, CA 91730	1707 Village Center Circle #100 Las Vegas, NV 89134-0515
Telephone Number:	877.707.5633	702.360.4292; 800.781.8062
Fax	909.949.6313	866.291.4664
Email address:	<a href="mailto:MPNcontact@mcmcllc.com">MPNcontact@mcmcllc.com</a>	<a href="mailto:joseph.sgro@meadowbrook.com">joseph.sgro@meadowbrook.com</a>
Employer's MPN website:	<a href="http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp">http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp</a>	

Division of Workers' Compensation (DWC): If you have concerns, complaints or questions regarding the MPN, the notification process, or your medical treatment after a work-related injury or illness, you can call DWC's Information and Assistance at 1-800-736-7401. You can also go to DWC's website at [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) and click on "medical provider networks" for more information about MPNs.

Independent Medical Review: If you have questions about the Independent Medical Review process contact the Division of Workers' Compensation's Medical Unit at:

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

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

## **Información Importante Sobre la Atención Médica si Padece una Enfermedad o Lesión Relacionada con el Trabajo**

### **Notificación inicial del empleado por escrito Re: Red de proveedores médicos (Título 8, Código de reglamentos de California, sección 9767.12)**

La ley de California exige que los empleadores proporcionen y paguen por el tratamiento médico si usted se lesiona en el trabajo. Su empleador ofrece esta atención médica a través de una red de Médicos de Compensación Laboral llamada Red de Proveedores Médicos (MPN). Esta MPN es administrada por Harbor Health Systems. Esta notificación le dice lo que usted necesita saber acerca de la MPN y describe sus derechos en la elección de atención médica para enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo.

#### **¿En qué consiste una MPN?**

Una Red de Proveedores Médicos (MPN) es un grupo de proveedores de atención médica (médicos y otros proveedores de cuidado de la salud) utilizados para tratar a los trabajadores lesionados en el trabajo. Cada MPN debe incluir una combinación de médicos especializados en lesiones relacionadas con el trabajo y médicos con experiencia en áreas generales de la medicina. Las MPNs deben permitir que los empleados tengan la opción de proveedor (es).

#### **¿Cómo puedo saber qué médicos están en mi MPN?**

El contacto de la MPN que aparece al final de esta notificación podrá responder a las preguntas acerca de la MPN y le ayudará a obtener una lista regional de todos los médicos de la MPN en su área. Como mínimo, la lista regional debe incluir una lista de todos los proveedores de la MPN en un radio de 15 millas de su lugar de trabajo y / o de residencia, o una lista de todos los proveedores de la MPN dentro del condado donde usted vive y / o trabaja. Puede obtener la lista de proveedores de la MPN llamando al contacto de la MPN, o dirigiéndose al sitio de búsqueda en red que aparece al final de este aviso. Además tiene derecho a una lista completa de todos los proveedores de la MPN a petición.

#### **¿Qué pasa si me lesiono en el trabajo?**

##### **En el caso de una emergencia, debe llamar al 911 o dirigirse a la sala de emergencias más cercana.**

Si se lesiona en el trabajo, notifíquese a su empleador tan pronto como sea posible. Su empleador le proporcionará un formulario de reclamo. Al notificar a su empleador de que ha tenido un accidente laboral, éste o bien la compañía de seguros hará una cita inicial con un médico en la MPN.

#### **¿Cómo elijo un proveedor?**

Después de la primera visita médica, puede continuar siendo tratado por este médico, o puede optar por otro médico de la MPN. Puede seguir eligiendo médicos de la MPN para toda la atención médica que requiere para esta lesión. En su caso, usted puede elegir a un especialista o preguntarle a su médico tratante para que lo remita a un especialista. Si necesita ayuda para elegir un médico puede llamar al contacto de la MPN que aparece en la última página de este aviso.

#### **¿Puedo cambiar de proveedor?**

Sí. Usted puede cambiar de proveedor dentro de la MPN por cualquier razón, pero los proveedores que usted elija deben ser los adecuados para tratar su lesión.

### **¿Qué normas tiene que cumplir la MPN?**

La MPN debe proporcionarle una lista regional de proveedores que incluya al menos tres médicos de cada especialidad a los que comúnmente se recurre para tratar enfermedades y lesiones de trabajo en su industria. La MPN debe proporcionarle acceso a los servicios hospitalarios de atención médica de emergencia, médicos de emergencia si son independientes del hospital y a los principales médicos en un radio de 15 millas y a especialistas en un radio de 30 millas. Si vive en una zona rural, la norma es diferente. El contacto de la MPN que aparece al final de este aviso tiene más información sobre la norma de acceso rural. La MPN debe proporcionar tratamiento inicial en un plazo de 3 días. Usted debe recibir tratamiento especializado a 20 días de su solicitud. Si tiene problemas para conseguir una cita, comuníquese con la MPN.

### **¿Qué sucede si no hay proveedores de la MPN, en su área de residencia?**

Si usted es un empleado actual que trabaja temporalmente o vive fuera de la zona de servicio de la MPN, o es un ex empleado que vive permanentemente fuera de la zona de servicio de la MPN, la MPN o su médico tratante le dará una lista de al menos tres médicos que lo puedan tratar. La MPN también puede permitirle elegir su propio médico fuera de la red de la MPN. Comuníquese con su evaluador de reclamos con su contacto de la MPN para obtener asistencia a la hora de encontrar un médico o para obtener información adicional.

### **¿Qué pasa si necesito un especialista en la MPN?**

Si necesita ver a un tipo de especialista que no está disponible en la MPN, usted tiene derecho a ver a un especialista fuera de la MPN.

### **¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con mi médico sobre el tratamiento médico?**

Si no está de acuerdo con su médico o desea cambiar a su médico por cualquier razón, puede elegir a otro médico dentro de la MPN. Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento recetado por su médico, puede pedirle una segunda opinión a otro médico dentro de la MPN. Si desea una segunda opinión, debe comunicarse con su evaluador de reclamos o con el contacto de la MPN y decirles que desea una segunda opinión. Su evaluador de reclamos le proporcionará una lista de proveedores regionales de la MPN de la que usted puede elegir un médico a quien pedirle una segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, elija un médico de la lista de la MPN y concerte una cita en un período de 60 días. Debe decirle a su evaluador de reclamos la fecha de su cita y éste le enviará al médico una copia de su historial médico. Puede solicitar una copia de su historial médico que se le enviará al médico.

- Si no concierta una cita en un período de 60 días de haber recibido la lista de proveedores regionales, no se le permitirá consultar a un médico para obtener una segunda o tercera opinión en relación a este diagnóstico o tratamiento en cuestión, del médico tratante.
- Si el médico al que le pide una segunda opinión siente que su lesión está fuera del tipo de lesiones que él o ella usualmente trata, el consultorio médico se lo notificará a su empleador o compañía de seguros. Recibirá otra lista de médicos o especialistas de la MPN para que pueda hacer otra selección.
- Si está en desacuerdo con la segunda opinión, puede pedir una tercera opinión. Si solicita una tercera opinión, pasará por el mismo proceso que pasó para la segunda opinión.
- Recuerde que si no concierta una cita en un período de 60 días de haber obtenido otra lista de proveedores de la MPN, entonces no se le permitirá obtener una tercera opinión con respecto a este diagnóstico o tratamiento en cuestión, del médico tratante.
- Si no está de acuerdo con el médico al que le solicita una tercera opinión, puede pedir una Revisión Médica Independiente (IMR). Su empleador o persona de contacto de la MPN le proporcionará información sobre cómo solicitar una revisión médica independiente y un formulario en el momento de solicitar una tercera opinión.



- Si el médico al que le solicita una segunda opinión o aquel al que le solicita una tercera opinión está de acuerdo con su necesidad de un tratamiento o prueba, se le permitirá recibir un servicio de atención médica de un proveedor dentro de la MPN, incluyendo el médico al que se le solicita una segunda opinión o aquel al que se le solicita una tercera opinión.
- Si el Evaluador médico independiente apoya la necesidad de un tratamiento o prueba, puede recibir el tratamiento solicitado por un médico dentro o fuera de la MPN.

### **¿Qué pasa si ya estoy siendo tratado por una lesión relacionada con el trabajo antes de que se inicie la MPN?**

Su empleador o compañía de seguros posee una póliza de “Transferencia de cuidado” que determinará si puede seguir siendo tratado temporalmente a causa de una lesión preexistente relacionada con el empleo por un médico fuera de la MPN antes de transferir su cuidado a la MPN.

Si se le ha designado previamente un médico de cabecera en forma adecuada, no puede ser transferido a la MPN. (Si tiene dudas acerca de la designación previa, pregúntele a su supervisor.). Si su médico actual no es o no se hace miembro de la MPN, entonces es posible que deba ver a un médico de la MPN.

Si su empleador decide transferirlo a la MPN, usted y su médico de cabecera, recibirán una carta notificándole sobre la transferencia. Si cumple con ciertas condiciones, es posible que califique para continuar tratándose con un médico no adherido a la MPN. Las condiciones de aptitud para posponer la transferencia de su cuidado a la MPN se encuentran en el cuadro de condiciones de aptitud que figuran como puntos en la página siguiente.

Usted puede estar en desacuerdo con la decisión de su empleador de transferir su cuidado a la MPN. Si cree que tiene una de las cuatro condiciones de admisibilidad que le impedirían su transferencia de atención en este momento, debe solicitar un informe de su médico de cabecera. El informe médico debe describir cuál de las cuatro condiciones que tiene pueden calificarlo para un aplazamiento de su transferencia a la MPN. Su médico de cabecera tiene 20 días a partir de la fecha de su solicitud para darle una copia de su informe sobre su condición. Si su médico de cabecera no le da el informe en un plazo de 20 días de su solicitud, el empleador puede transferir su cuidado a la MPN y se verá obligado a utilizar un médico de la MPN.

Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe de su médico sobre su condición, usted o su empleador puede ponerlo en duda. Ver la transferencia completa de la política de atención para más información sobre el proceso de resolución de controversias.

Para obtener una copia de la política de transferencia de cuidado completa, pregúntele a su contacto de la MPN.

### **¿Qué pasa si estoy siendo tratado por un médico de la MPN que decide abandonar la red?**

Su empleador o compañía de seguros posee una política de “Continuidad de la atención” por escrito que determinará si usted continúa temporalmente su tratamiento por una lesión de trabajo pre-existente con su médico si su médico ya no participa de la MPN.

- Si su empleador decide que usted no califica para continuar con su atención con el proveedor que no participa de la MPN, usted y su médico de cabecera recibirán una carta de notificación.
- Si usted cumple con ciertas condiciones, puede calificar para continuar el tratamiento con este médico por hasta un año antes de tener que cambiar por médicos de la MPN. Estas condiciones se establecen en la tabla de condiciones de aptitud siguientes.
- Si usted está en desacuerdo con la decisión de su empleador de negar su continuidad de atención médica con el proveedor de cuidado que ya no pertenece a la MPN y desea continuar el tratamiento con el ese médico, pídale a su médico de cabecera un informe médico que detalle si padece una de las cuatro condiciones establecidas en el cuadro de condiciones de aptitud que figuran como puntos a

continuación para ver si califica para continuar el tratamiento con su médico actual en forma temporal.

Su médico de cabecera tiene 20 días a partir de la fecha de su solicitud para darle una copia de su informe médico sobre su condición. Si su médico de cabecera no le da el informe en un plazo de 20 días de su solicitud, el empleador puede transferir su cuidado a la MPN y estará obligado a utilizar un médico de la MPN.

Si usted o su empleador no está de acuerdo con el informe de su médico sobre su condición, cualquiera de los dos puede ponerlo en duda. Ver la política de Continuidad de Cuidado completa para más información sobre el proceso de solución de controversias. Para una copia de la continuidad entera de política de cuidado, pregunte su contacto de MPN.

#### Condiciones de Aptitud

- Aguda El tratamiento para su lesión se completará en menos de 90 días.
- Grave o crónica Su lesión o enfermedad es grave y se prolonga durante al menos 90 días sin cura total o empeora y requiere tratamiento continuo. Se le permite ser tratado por su médico de cabecera actual hasta por un año, hasta realizar una transferencia de cuidado segura.
- Terminal Usted tiene una enfermedad incurable o condición irreversible que probablemente puede causarle la muerte en un año o menos.
- En espera de cirugía Usted ya tiene una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por su empleador o compañía de seguro que se producirá en un plazo de 180 días desde la fecha de vigor de la MPN, o, en relación a la continuidad de cuidado (en la sección anterior), en un plazo de 180 días de la fecha de terminación del contrato entre la MPN y su médico.

#### ¿Qué pasa si tengo preguntas o necesito ayuda?

##### Contacto de la MPN

Siempre puede comunicarse con el contacto de la MPN si necesita ayuda o una explicación sobre su tratamiento médico para su lesión o una enfermedad de trabajo.

Título:	MPN Contact MCMC LLC	MPN Contact Meadowbrook Insurance Group
Dirección:	10750 7th St. #101 Rancho Cucamonga, CA 91730	1707 Village Center Circle #100 Las Vegas, NV 89134-0515
Número de Teléfono:	877.707.5633	702.360.4292; 800.781.8062
Fax	909.949.6313	866.291.4664
Correo electrónico:	<a href="mailto:MPNcontact@mcmcllc.com">MPNcontact@mcmcllc.com</a>	<a href="mailto:joseph.sgro@meadowbrook.com">joseph.sgro@meadowbrook.com</a>
Empleador MPN website:	<a href="http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp">http://www.meadowbrookinsgrp.com/MPN/search.asp</a>	

##### División de Compensación de Trabajadores (DWC)

Si tiene dudas, reclamos o preguntas relacionadas con la MPN, el proceso de notificación, o su tratamiento médico después de una lesión o enfermedad de trabajo, puede llamar a la sección de Información y de Asistencia de la División de Compensación de Trabajadores (DWC, por sus siglas en inglés) al (800) 736-7401. También puede dirigirse al sitio web de la DWC en [www.dir.ca.gov/dwc](http://www.dir.ca.gov/dwc) y hacer clic en “redes de proveedores médicos” para obtener más información acerca de las MPNs.

**Evaluación médica independiente**

Si tiene dudas sobre el proceso de Evaluación Médica Independiente comuníquese con la Unidad Médica de la División de Compensación de Trabajadores en:

La Unidad médica de la DWC  
P.O. Box 71010 Oakland, CA 94612  
(510) 286-3700 or (800) 794-6900

**Conserve esta información para el caso en que usted sufra una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.**

**MPN Termination or Cessation of Use of MPN Sample Notice  
(8 CCR 9767.16(a)(2))**

The following language may be provided in writing to injured covered employees to give the required notice of termination or cessation of use of a MPN:

“The **Meadowbrook-Harbor** Medical Provider Network (MPN) will no longer be used for injuries arising after <INSERT DATE OF MPN TERMINATION OR CESSATION OF USE>. You will/will not <SELECT WHICHEVER IS APPROPRIATE> continue to use this MPN to obtain care for work injuries occurring before this date. For new injuries that occur when you are not covered by a MPN, you have the right to choose your physician 30 days after you notify your employer of your injury. You may obtain more information at <INSERT MPN CONTACT PHONE NUMBER, ADDRESS, EMAIL ADDRESS, AND MPN WEBSITE

# Exhibit B

Continuity of Care Policy (English and Spanish)

## Continuity of Care Policy

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

### Procedure:

- 1) **Completion of treatment by a terminated medical provider.** Applicant will, at the request of an injured employee, provide the completion of treatment as set forth in this exhibit by a terminated medical provider.
  - a) The treatment being provided by a medical provider whose membership in the MPN terminates will be provided by a terminated medical provider to an injured employee who, at the time of the contract's termination, was receiving services from that provider for one of the conditions described in paragraph 1.b) below.
  - b) Applicant will provide for the completion of treatment for the following conditions subject to coverage through the workers' compensation system before transferring further medical treatment to a physician in the MPN. At that time, the employee will have the same rights to select a new physician or contest the opinion of the primary treating physician as has been previously described:
    - i) An acute condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a limited duration. Completion of treatment will be provided for the duration of the acute condition. An acute condition shall have duration of less than ninety days.
    - ii) A serious chronic condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over an extended period of time or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment will be provided for a period of time necessary to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another provider, as determined by Applicant in consultation with the injured employee and the terminated medical provider and consistent with good professional practice. Completion of treatment under this paragraph will not exceed 12 months from the contract termination date. An "extended period of time" with regard to a serious and chronic condition means a duration of at least ninety days.
    - iii) A terminal illness. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. There will be no transfer of care in such circumstances, and completion of treatment will be provided for the duration of a terminal illness.
    - iv) Surgery or other procedure. Performance of surgery or other procedure that is authorized by the Employer/Insurer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.
- 2) **Contractual terms and conditions.** Applicant may require the terminated medical provider whose services are continued beyond the contract termination date pursuant to this section, to agree in writing to be subject to the same contractual terms and conditions that were imposed upon the provider prior to termination. If the terminated medical provider does not agree to comply or upon agreement does not comply with these contractual terms and conditions, then Applicant is not required to continue the provider's services beyond the contract termination date.
- 3) **Compensation.** Unless otherwise agreed by the terminated medical provider and Applicant, the services

rendered pursuant to this section will be compensated at rates and methods of payment similar to those used by Applicant for currently contracted providers providing similar services who are practicing in the same or a similar geographic area as the terminated medical provider. Applicant is not required to continue the services of a terminated medical provider if the provider does not accept the payment rates provided for in this paragraph.

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

## Poliza de Continuidad de Cuidado

El Solicitante le proveerá a todos los empleados que entren al sistema de compensación al trabajador con una notificación escrita de la póliza de continuidad de cuidado y con la información relacionada al proceso para que un empleado pida una revisión bajo la póliza. El Solicitante también proveerá, cuando sea requerido, una copia de la póliza a cualquier empleado.

### Procedimiento:

- 1) Cumplimiento de tratamiento por un proveedor medico dado de baja. El Solicitante, cuando sea requerido por el empleado lastimado, proveerá el cumplimiento del tratamiento como se estipula en este documento por un proveedor medico dado de baja.
  - a) El tratamiento siendo provisto por un proveedor medico que su membresía al MPN este vencida será provista por un proveedor medico dado de baja al empleado lastimado quien, al momento del vencimiento del contrato, estaba recibiendo servicios de parte de un proveedor por una de las condiciones descrita en el párrafo 1.b) a continuación.
  - b) El Solicitante proveerá con el cumplimiento del tratamiento para las siguientes condiciones sujeto a la cubierta mediante el sistema de compensación al trabajador antes de transferir mas tratamientos a un medico dentro de MPN. En ese momento, el empleado tendrá los mismos derechos de seleccionar a un nuevo medico o de consultar la opinión de su médico primario de tratamiento como se describió anteriormente:
    - i) Una condición severa. Una condición severa es una condición médica que presenta señales repentinas de los síntomas debido a una enfermedad, lesión, u otro problema médico que requiera pronta atención médica y una duración limitada. Se debe proveer tratamiento en su totalidad por el tiempo que dure la condición severa. Una condición severa debe dura menos de noventa días.
    - ii) Una condición crónica seria. Una condición seria crónica es una condición médica debido a una enfermedad u otro problema médico o desorden medico que sea de naturaliza seria y que persista sin una cura total o que empeora durante un periodo extendido o que requiere tratamiento continuo para mantener remisión o prevenir deterioramiento. Total tratamiento debe ser autorizado por el período que sea necesario para completar un curso de tratamiento y hacer arreglos seguros para ser transferido a otro proveedor, como haya sido determinado por el Solicitante en consulta con el empleado y el proveedor médico dado de baja y consistente con las buenas prácticas profesionales. El cumplimiento del tratamiento bajo este párrafo no excederá más de 12 meses de la fecha de la terminación del contrato. Un “periodo extendido de tiempo” debido a una condición seria o crónica significa una duración de por lo menos noventa días.
    - iii) Una enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene una probabilidad alta de causar la muerte en un año o menos. No se transferirá el cuidado bajo estas circunstancias, y el cumplimiento del tratamiento debe ser provisto durante la enfermedad terminal.
    - iv) Cirugía u otro procedimiento. Cirugía u otro procedimiento que sea autorizado por el emple ador/asegurar como parte de un curso documentado de tratamiento y ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días de la fecha de terminación del contrato.
- 2) **Términos Contractuales y condiciones.** El Solicitante puede requerir que un proveedor medico que continúe más allá de la terminación de la fecha de contrato de acuerdo a esta sección, a estar de acuerdo por escrito a estar sujeto a los mismos términos contractuales y condiciones impuestas al proveedor antes de la



terminación. Si el proveedor medico dado de bajo no esta de acuerdo en cumplir o si luego de haber estado de acuerdo no cumple con estos términos y condiciones del contrato, entonces el Solicitante no se le requiere que continúe con los servicios de proveedor mas hay de la fecha de terminación.

- 3) **Compensación.** A menos que se esté de acuerdo en otra cosa por el proveedor medico dado de bajo y el Solicitante, los servicios prestados bajo esta sección serán compensados a la cuotas y métodos the pagos similar a aquellos utilizados por el Solicitante para proveedores contratados vigentes proveyendo servicios similares, quienes están practicando en la misma área geográfica o similar al proveedor medico dado de bajo. El Solicitante no se le requiere que continúe con los servicios de un proveedor medico dado de baja si el proveedor no acepta la cuota de pago provisto en este párrafo.
- 4) **Terminación por causa o razón medica disciplinaria.** Esta póliza no requiere que el Solicitante provea cumplimiento del tratamiento por un proveedor cuyo contrato con el Solicitante haya sido terminado o no haya sido renovado por razones que tengan que ver con causa o razón medica disciplinaria, como se define en el párrafo (6) de la subdivisión (a) de la Sección 805 del Código de Negocio y Profesión, o fraude u otra actividad criminal.
- 5) **Continuación de cuidado más allá de los requisitos.** No hay nada en este documento que impida al Solicitante de proveer continuación de cuidado más allá de los requisitos de este documento.
- 6) **Proceso de solución de Disputa.**
  - a) Luego de la determinación del Solicitante de la condición medica del empleado cubierto lastimado, el Solicitante debe de notificar al empleado cubierto de la determinación del cumplimiento del tratamiento ya sea o no que el empleado deberá seleccionar un proveedor nuevo dentro de MPN. La notificación debe ser enviada a la residencia del empleado cubierto y una copia de la carta deberá ser enviada al médico primario del tratamiento. La notificación debe ser escrita en inglés y en español y utilizar términos personales de la persona lo más posible.
  - b) Si el proveedor dado de baja esta de acuerdo en continuar dando tratamiento al empleado cubierto lastimado de acuerdo con la sección 4616.2 del Código Laboral y si el empleado cubierto lastimado disputa la determinación medica, el empleado cubierto lastimado deberá solicitar un reporte de parte del medico primario del tratamiento que indique si el empleado cubierto cae bajo las condiciones descritas en la sección 4616.2(d)(3): una condición severa; una condición crónica seria; una enfermedad terminal; o una cirugía u otro procedimiento que sea autorizado por el asegurador del empleador como parte de un curso documentado del tratamiento y que haya sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de 180 días de la fecha de terminación del contrato. El médico del tratamiento deberá proveerle el reporte al empleado cubierto dentro de veinte días calendario desde la solicitud. Si el medico del tratamiento no provee el reporte, entonces la determinación hecha por el Solicitante referida en 6.a) aplicará.
  - c) Si el Solicitante o el empleado cubierto lastimado objeta la determinación medica hecha por el médico del tratamiento, la disputa relacionada a la determinación medica hecha por el médico del tratamiento relacionada con la continuidad del cuidado debe ser resuelta de acuerdo con la sección 4062 del Código Laboral.
  - d) Si el médico que ofrece el tratamiento esta de acuerdo con la determinación del Solicitante de que la condición del empleado cubierto lastimado no cumple con las condiciones mencionadas en la sección 46.16.2(d)(3) del Código Laboral, entonces el empleado debe de seleccionar un proveedor nuevo dentro de MPN durante el proceso en que se soluciona la disputa.
  - e) Si el médico que ofrece el tratamiento no esta de acuerdo con la determinación del Solicitante de que la condición del empleado cubierto lastimado no cumple con las condiciones mencionadas en la sección 46.16.2(d)(3) del Código Laboral, el empleado deberá continuar tratamiento con el proveedor terminado hasta que se solucione la disputa.
- 7) **Reemplazo de póliza de continuidad de cuidado.** El Solicitante requerirá una revisión de la póliza de continuidad de cuidado al Director Administrativo si esto tuviera algún cambio substantivo a esta póliza.

# Exhibit C

Transfer of Care Policy (English and Spanish)

## Transfer of Care Policy

- (a) If the injured covered employee's injury or illness does not meet the conditions set forth in (e) (1) through (e)(4), the injured covered employee may be transferred into the MPN for medical treatment.
- (b) Until the injured covered employee is transferred into the MPN, the employee's physician may make referrals to providers within or outside the MPN.
- (c) Nothing in this section shall preclude Applicant from agreeing to provide medical care with providers outside of the MPN.
- (d) If an injured covered employee is being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to coverage of a medical provider network, and the injured covered employee's physician or provider becomes a provider within the MPN that applies to the injured covered employee, then the employer or insurer shall inform the injured covered employee and his or her physician or provider if his/her treatment is being provided by his/her physician or provider under the provisions of the MPN.
- (e) Applicant shall authorize the completion of treatment for injured covered employees who are being treated outside of the MPN for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN and whose treating physician is not a provider within the MPN, including injured covered employees who pre-designated a physician and do not fall within the Labor Code section 4600(d), for the following conditions:
  - (1) An acute condition. For purposes of this subdivision, an acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has duration of less than 90 days. Completion of treatment shall be provided for the duration of the acute condition.
  - (2) A serious chronic condition. For purposes of this subdivision, a serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, catastrophic injury, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over 90 days and requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment shall be authorized for a period of time necessary, up to one year: (A) to complete a course of treatment approved by the employer or insurer; and (B) to arrange for transfer to another provider within the MPN, as determined by the insurer or employer. The one year period for completion of treatment starts from the date of the injured covered employee's receipt of the notification, as required by subdivision (f), of the determination that the employee has a serious chronic condition.
  - (3) A terminal illness. For purposes of this subdivision, a terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment shall be provided for the duration of a terminal illness.
  - (4) Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days from the MPN coverage effective date.
- (f) If Applicant decides to transfer the covered employee's medical care to the medical provider network, Applicant shall notify the covered employee of the determination regarding the completion of treatment and the decision to transfer medical care into the medical provider network. The notification shall be sent to the covered employee's residence and a copy of the letter shall be sent to the covered employee's primary treating physician. The notification shall be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.

- (g) If the injured covered employee disputes the medical determination under this section, the injured covered employee shall request a report from the covered employee's primary treating physician that addresses whether the covered employee falls within any of the conditions set forth in (e) (1-4). The treating physician shall provide the report to the covered employee within twenty calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the report, then the determination made by Applicant shall apply.
- (h) If Applicant or injured covered employee objects to the medical determination by the treating physician, the dispute regarding the medical determination made by the treating physician concerning the transfer of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062.
- (i) If the treating physician agrees with Applicant's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in subdivisions (e)(1) through (e)(4), the transfer of care shall go forward during the dispute resolution process.
- (j) If the treating physician does not agree with Applicant's determination that the injured covered employee's medical condition does not meet the conditions set forth in subdivisions (e)(1) through (e)(4), the transfer of care shall not go forward until the dispute is resolved.
- (k) **Replacement of transfer of care policy.** Applicant will file a revision of the transfer of care policy with the Administrative Director if it makes a material change to this policy.

## Poliza de Transferencia de Cuidado

- (a) Si la lesión o enfermedad del empleado lastimado cubierto no cumple con las condiciones establecidas en (e)(1) a (e)(4), el empleado lastimado cubierto puede ser transferido a MPN para tratamiento médico.
- (b) Hasta que el empleado lastimado cubierto sea transferido a MPN, el médico del empleado puede hacer referidos a proveedores dentro o fuera de MPN.
- (c) Nada que se encuentra en esta sección debe de impedir al Solicitante de aceptar proveer cuidado médico a proveedores fuera de MPN.
- (d) Si un empleado cubierto lastimado esta siendo tratado por una lesión o enfermedad ocupacional por un médico o proveedor antes de su cubierta medica por un proveedor de la red, y el médico del empleado cubierto lastimado o el proveedor viene a ser un proveedor dentro de MPN que aplica a empleado lastimado cubiertos, entonces el empleador o asegurador debe informar al empleado cubierto lastimado y a su médico o proveedor si su tratamiento esta siendo provisto por su médico o proveedor bajo las provisiones de MPN.
- (e) El solicitante debe autorizar el cumplimiento del tratamiento para los empleados cubiertos que hayan sido tratados fuera de MPN por una lesión o enfermedad qua haya ocurrido antes de la cubierta de MPN y por aquel medico que no sea un proveedor dentro de MPN, incluyendo empleados cubiertos lastimados quienes hayan pre-designado a un médico y que no caiga bajo el Código de Trabajo sección 4600(d), por las siguientes condiciones:
  - (1) Una condición severa. Para propósitos de esta subdivisión, una condición severa es una condición que presenta señales repentinas de los síntomas debido a una enfermedad, lesión, u otro problema médico que requiera pronta atención médica y que dure menos de 90 días. Se debe proveer tratamiento en su totalidad por el tiempo que dure la condición severa.
  - (2) Una condición seria crónica. Para propósitos de esta subdivisión, una condición seria crónica es una condición médica debido a una enfermedad, condición, lesión catastrófica, u otro prob lema médico o desorden medico que sea de naturaliza seria y que persista sin una cura total o que empeora durante 90 días y que requiere tratamiento continuo para mantener remisión o prevenir deterioramiento. Total tratamiento debe ser autorizado por el período que sea necesario, hasta un año: (A) para completar un curso de tratamiento aprobado por el emplead or o asegurador; y (B) planificar el ser transferido a otro proveedor dentro de MPN, como haya sido determinado por el asegurador o el empleador. El periodo de un año para completar el tratamiento comienza desde el día que el empleado cubierto lastimado recibe la notificación, como es requerido en la subdivisión (f), de la determinación de que el empleado tiene una condición crónica seria.
  - (3) Una enfermedad terminal. Para propósitos de esta subdivisión, una enfermedad terminal es una condición incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte dentro de un período de un año o menos. Total tratamiento debe ser provisto por el tiempo que dure la enfermedad terminal.
  - (4) Cirugía u otro procedimiento que sea autorizado por el asegurador o el empleador como parte de un curso documentado de tratamiento y ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días de la fecha de efectividad de la cubierta de MPN.
- (f) Si el Solicitante decide transfería el cuidado médico a la red de proveedores médicos, el Solicitante debe de notificar al empleado cubierto acerca de la determinación relacionada con el cumplimiento del tratamiento y la decisión de transferir el cuidado medio a la red de proveedores médicos. La notificación debe ser

enviada a la residencia del empleado cubierto y una copia de la carta debe ser enviada al médico primario que esta tratando al empleado cubierto. La notificación debe ser escrita en inglés y en español y utilizar términos personales de la persona lo más posible.

- (g) Si el empleado cubierto argumenta la determinación medica bajo esta sección, el empleado cubierto lesionado deberá solicitar un reporte de parte del médico primario que esta tratando al empleado cubierto lesionado que especifique si el empleado cubierto esta dentro de las condiciones mencionadas en (e) (104). El médico del tratamiento debe proveer el reporte al empleado cubierto dentro de veinte días laborales luego de ser solicitado. Si el médico que ofrece el tratamiento no facilita el reporte, entonces la determinación tomada por el Solicitante se sostiene.
- (h) Si el Solicitante o el empleado cubierto lastimado objeta la determinación medica hecha por el médico del tratamiento acerca de la transferencia de su cuidado ésta debe ser resulta bajo el Código Labor sección 4062.
- (i) Si el médico del tratamiento está de acuerdo con la determinación con que la condición médica del empleado cubierto no cumple con las condiciones mencionadas en las subdivisiones (e)(1) a (e)(4), la transferencia del cuidado procederá a un proceso de solución de disputa.
- (j) Si el médico del tratamiento no está de acuerdo con la determinación de que la condición médica del empleado cubierto no cumple con las condiciones mencionadas en la subdivisiones (e)(1) a (e)(4), la transferencia del cuidado no procederá hasta tanto la disputa no sea resuelta.
- (k) **Reemplazo de póliza de transferencia de cuidado.** El Solicitante requerirá una revisión de la póliza de transferencia de cuidado al Director Administrativo si esto tuviera algún cambio substantivo a esta póliza.

# Exhibit D

Economic Profiling (English only)

## **Economic Profiling Policy**

The MPN Applicant does not conduct economic profiling for this MPN. Parties to this MPN are not conducting economic profiling for this MPN.



# Exhibit E

Independent Medical Review Application  
(English and Spanish)

**Independent Medical Review Employee Notification  
(English version)**

Dear [insert Employee Name]:

You recently selected a physician for a third opinion to address your disagreement with the diagnosis or treatment prescribed by the second opinion physician. At this time, we are required to notify you about the Independent Medical Review (IMR) process.

Please wait until you have received and reviewed the report from the third opinion physician. After you have reviewed the third opinion physician's report, and if you disagree with the diagnostic service, diagnosis or medical treatment prescribed by the third opinion physician you may request an Independent Medical Review by a physician selected by the Administrative Director at the Department of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation.

Enclosed is the Independent Medical Review Application form for requesting an Independent Medical Review. You will need to complete the Employee Section on the IMR application form and send the form to the Administrative Director at the Department of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation. Please see page 2 of the Independent Medical Review Application form for additional information about the IMR process and instructions for requesting an IMR.

Should you have any questions about the process, please give me a call at [<insert phone number].

Sincerely,

MPN Contact  
MCMC LLC  
10750 7th St. #101  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
877.707.5633  
909.949.6313  
[MPNcontact@mcmcllc.com](mailto:MPNcontact@mcmcllc.com)

MPN Contact  
Meadowbrook Insurance Group  
1707 Village Center Circle #100  
Las Vegas, NV 89134-0515  
702.360.4292; 800.781.8062  
866.291.4664  
[joseph.sgro@meadowbrook.com](mailto:joseph.sgro@meadowbrook.com)

Enc: (Independent Medical Review Application form

Other enclosures)

Cc: (Applicant Attorney if applicable)

## Notificación al Empleado de Revisión Médica Independiente (Versión en español)

Estimado/a [insertar el Nombre del/la Empleado/a]:

Usted recientemente seleccionó a un médico para una tercera opinión para notificarnos de su desacuerdo con el diagnóstico o tratamiento prescrito por la opinión del segundo médico. Ahora, se nos requiere que le notifiquemos sobre el proceso de la Revisión Médica Independiente (RMI)

Por favor espere hasta que usted haya recibido y haya examinado el informe con la opinión del tercer médico. Después de que usted ha examinado el informe con la opinión del tercer médico, y si usted discrepa con el servicio diagnóstico, diagnóstico o tratamiento médico prescrito por el tercer médico usted puede solicitar una Revisión Médica Independiente por un médico seleccionado por el Director Administrativo del Departamento de Relaciones Industriales, de la División de Compensación de los Trabajadores.

Adjunto está el Formulario de inscripción de Revisión Médica Independiente, para solicitar una Revisión Médica Independiente. Usted tendrá que completar la Sección de Empleado en el formulario de inscripción RMI y enviar la forma al Director Administrativo del Departamento de Relaciones Industriales, de la División de Compensación de los Trabajadores. Por favor ver la página 2 del Formulario de inscripción de Revisión Médica Independiente para la información adicional sobre el proceso de RMI e instrucciones para solicitar un RMI.

Si usted tiene cualquier pregunta sobre el proceso, por favor hágame una llamada al [<insertar número de teléfono].

Atentamente,

MPN Contact  
MCMC LLC  
10750 7th St. #101  
Rancho Cucamonga, CA 91730  
877.707.5633  
909.949.6313  
[MPNcontact@mcmcllc.com](mailto:MPNcontact@mcmcllc.com)

MPN Contact  
Meadowbrook Insurance Group  
1707 Village Center Circle #100  
Las Vegas, NV 89134-0515  
702.360.4292; 800.781.8062  
866.291.4664  
[joseph.sgro@meadowbrook.com](mailto:joseph.sgro@meadowbrook.com)

Adj.: (Formulario de inscripción de Revisión Médica Independiente)

Otros adjuntos)

CC: (Abogado del solicitante, si aplicable)

**Independent Medical Review Application**  
(Division of Workers' Compensation – 8 CCR §9768.10 Mandatory Form)

**Employee Section: The Employee shall complete this section and send the completed form to the Administrative Director. Mailing address: Dept. of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation, P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612**

Employee Name \_\_\_\_\_ Employee Phone Number/Fax \_\_\_\_\_

Employee's Address \_\_\_\_\_

Employee's Attorney's Name, if applicable \_\_\_\_\_

Attorney's Phone Number Fax \_\_\_\_\_ Attorney's Address \_\_\_\_\_

**Pursuant to Labor Code section 4616.4, I request that the Administrative Director set an Independent Medical Review within 30 days from receipt of this Application.**

Check one:  Request for In-Person Examination  Request for Record Review (no In-Person Examination)

Is interpreter needed for exam? \_\_\_\_\_ If yes, language: \_\_\_\_\_

Describe diagnosis and part of body affected: \_\_\_\_\_

Reason for request for Independent Medical Review. Please explain if the dispute involves the diagnosis, treatment or a test (attach additional page or additional materials, such as medical records, if necessary):

\_\_\_\_\_  
Select an alternative specialty, other than specialty of treating physician, if any, from the list on the instructions for this form:

Release: I, (injured employee or person authorized pursuant to law to act on behalf of the injured employee), authorize the release of relevant medical records to the Independent Medical Reviewer.

Signature of injured employee or authorized person Date \_\_\_\_\_

**Medical Provider Network Contact Section:** The MPN Contact shall complete this section and send the form to the employee.

\_\_\_\_\_  
Employee

\_\_\_\_\_  
Employer

\_\_\_\_\_  
Insurer

\_\_\_\_\_  
Claim Number

\_\_\_\_\_  
Medical Provider Network

\_\_\_\_\_  
Date of Injury

\_\_\_\_\_  
Treating Physician

\_\_\_\_\_  
Specialty Address

\_\_\_\_\_  
2nd Opinion Physician and specialty

\_\_\_\_\_  
3rd Opinion Physician and specialty

Select an alternative specialty other than specialty of treating physician, if any, from the list on the back of this form:

I declare under penalty of perjury that I mailed a copy of the Application for IMR to the above named Employee on \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Date Signature

\_\_\_\_\_  
Phone number, fax, and email of MPN Contact

\_\_\_\_\_  
Name of MPN Contact

\_\_\_\_\_  
Address

## Instructions for Independent Medical Review Application Form

**Instructions for MPN Contact:** At the time of the selection of the physician for a third opinion, you are required to notify the covered employee about the Independent Medical Review process and provide the covered employee with this “Independent Medical Review Application” form. You are required to fill out the “MPN Contact section” of the form. You must then send the form to the employee, who will fill out the top section of the form and send it to the Division of Workers’ Compensation. The DWC will send you written notification of the name and contact information of the Independent Medical Reviewer. You must then send the employee’s relevant medical records as defined by section 9768.1(a)(11) to the Independent Medical Reviewer. A copy of the medical reports must also be sent to the employee.

**Instructions for Injured Employee:** This application is being sent to you because you have requested a third opinion to address your dispute with your treating doctor’s diagnosis, suggested test, or suggested medical treatment. **Please wait until you read the report from the third opinion doctor before you fill out this form.** If the report resolves your dispute, then you do not need to fill out this form. If you still have a dispute with your treating doctor, then you may request an Independent Medical Review by completing this form and sending it to:

**Dept. of Industrial Relations**  
 Division of Workers’ Compensation  
 P.O. Box 71010 Oakland, CA 94612.

An Independent Medical Review is done by a physician who does not work directly with your doctor. You can visit that doctor and be examined or you can choose to have the doctor review your records. Indicate on the form whether you want to be examined (in-person examination) or if you only want to have your records reviewed.

The specialty of the doctor will be the same as the specialty of your treating physician, if possible. Not all types of doctors can be an Independent Medical Reviewer. You may select another type of doctor in case your doctor’s specialty is not available. To do this, look at the list of specialists below and chose one type. Indicate this choice on the application. You will receive the name and contact information of the Independent Medical Reviewer from the Division of Workers’ Compensation. When you receive the name of the Independent Medical Reviewer, you must make an appointment within 60 days. The Independent Medical Reviewer is required to schedule an appointment with you within 30 days. If you fail to make the appointment with the Independent Medical Reviewer within 60 days, you will not be allowed to have an Independent Medical Review on this dispute.

**Written notice must be made to the Administrative Director and MPN Contact if you wish to withdraw the request for an Independent Medical Review after this form has been submitted.**

### SPECIALTY CODES

- |  |  |
|--|--|
| <b>MAI</b> Allergy and Immunology                                    | <b>MAA</b> Anesthesiology  |
| <b>MRS</b> Colon & Rectal Surgery                                    | <b>MDE</b> Dermatology   |
| <b>MEM</b> Emergency Medicine  | <b>MFP</b> Family Practice   |
| <b>MPM</b> General Preventive Medicine                               | <b>MHD</b> Hand – Orthopaedic Surgery, Plastic Surgery, General Surgery                                    |
| <b>MMM</b> Internal Medicine   | <b>MMV</b> Internal Medicine – Cardiovascular Disease  |
| <b>MME</b> Internal Medicine – Endocrinology Diabetes and Metabolism | <b>MMG</b> Internal Medicine - Gastroenterology  |
| <b>MMH</b> Internal Medicine – Hematology                            | <b>MNS</b> Neurological Surgery  |
| <b>MMI</b> Internal Medicine – Infectious Disease                    | <b>MPN</b> Neurology   |
| <b>MMO</b> Internal Medicine – Medical Oncology                      | <b>MPO</b> Occupational Medicine   |
| <b>MMN</b> Internal Medicine - Nephrology                            | <b>MOP</b> Ophthalmology   |
| <b>MMP</b> Internal Medicine – Pulmonary Disease                     | <b>MTO</b> Otolaryngology  |
| <b>MNM</b> Nuclear Medicine  | <b>MOG</b> Obstetrics& Gynecology  |
| <b>MHA</b> Pathology   | <b>MMR</b> Internal Medicine – Rheumatology  |
| <b>MEP</b> Pediatrics  | <b>MAP</b> Pain Management –Psychiatry and Neurology, Physical Medicine and Rehabilitation, Anesthesiology |
| <b>MPS</b> Plastic Surgery   | <b>MPR</b> Physical Medicine & Rehabilitation  |
| <b>MRD</b> Radiology   | <b>MPD</b> Psychiatry  |
| <b>MSG</b> Surgery – General Vascular                                | <b>MSY</b> Surgery   |
| <b>MTX</b> Toxicology – Preventive Medicine, Pediatrics, Emergency   | <b>MTS</b> Thoracic Surgery  |
| <b>POD</b> Podiatry  | <b>MUU</b> Urology   |
|  | <b>MOS</b> Orthopaedic Surgery   |

## Solicitud de Revisión Médica Independiente

(División de Indemnización por Accidentes Laborales – 8 CCR §9768.10 Formulario obligatorio)

**Sección para el empleado: El empleado debe llenar esta sección y enviar el formulario al Director Administrativo. Dirección: Dept. of Industrial Relations, Division of Workers' Compensation, P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612**

Nombre del empleado \_\_\_\_\_ Teléfono / Fax del empleado \_\_\_\_\_

Dirección del empleado \_\_\_\_\_

Nombre del abogado del empleado, en caso de que aplique \_\_\_\_\_

Teléfono / Fax del abogado \_\_\_\_\_ Dirección del abogado \_\_\_\_\_

**De conformidad con el Código del Trabajo, Artículo 4616.4, solicito que el Director Administrativo determine una Revisión Médica Independiente en un lapso de 30 días a partir de que reciba la presente solicitud.**

Marque una:  Solicitud de un Examen En Persona  Solicitud de revisión del expediente (sin Examen en Persona)

¿Se requiere intérprete para el examen? \_\_\_\_\_ En caso afirmativo, idioma: \_\_\_\_\_

Describe el diagnóstico y la parte del cuerpo afectada: \_\_\_\_\_

Razón para solicitar la Revisión Médica Independiente. Explique por favor si la controversia implica el diagnóstico, tratamiento o prueba (de ser necesario, agregue otra página o material adicional como los registros médicos):

De la lista en las instrucciones de este formulario, elija una especialidad alternativa diferente a la del médico que lo atiende:

Divulgación: Yo, (empleado lesionado o persona autorizada conforme a la ley para actuar en nombre del empleado lesionado), autorizo a que se den a conocer los registros médicos pertinentes al encargado de hacer la Revisión Médica Independiente.

**Sección del Contacto de la Red de Proveedores de Atención Médica:** La Persona de contacto de la Red de Proveedores de Atención Médica llenará esta sección y enviará el formulario al empleado.

Empleado \_\_\_\_\_

Compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Red de Proveedores de Atención Médica \_\_\_\_\_

Médico que lo atiende \_\_\_\_\_

2da opinión - Médico y especialidad \_\_\_\_\_

Empleador \_\_\_\_\_

Número de reclamación \_\_\_\_\_

Fecha del accidente laboral \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_

3a opinión - Médico y especialidad \_\_\_\_\_

So pena de condena por falso testimonio declaro que envié por correo una copia de la Solicitud de Revisión Médica Independiente al empleado que arriba se indica

Fecha \_\_\_\_\_ Firma \_\_\_\_\_

Nombre del contacto \_\_\_\_\_

Teléfono, fax y correo electrónico del Contacto de la Red de Atención Médica \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

## Instrucciones para la Solicitud de Revisión Médica Independiente

**Instrucciones para la persona de contacto de la Red de Proveedores de Atención Médica:** Al momento de elegir a un médico para que dé la tercera opinión, se requiere que usted notifique al empleado asegurado sobre el proceso para la Revisión Médica Independiente y que le dé la presente Solicitud. Se requiere que llene la “Sección del Contacto de la Red de Proveedores de Atención Médica” del formulario. Posteriormente debe enviarlo al empleado quien, a su vez, llenará la sección de arriba y lo enviará a la División de Indemnización por Accidentes Laborales, la cual le enviará notificación por escrito con el nombre e información de contacto del doctor que hará la Revisión Médica Independiente. Posteriormente deberá enviarle los registros médicos pertinentes del empleado, según se define en el Artículo 9768.1(a)(1 1). También deberá enviar al empleado copia de los informes médicos.

**Instrucciones para el empleado lesionado:** Se le envía esta solicitud porque usted ha solicitado una tercera opinión sobre su controversia respecto al diagnóstico, prueba sugerida o tratamiento sugerido por el médico que lo atiende. **Espere a leer el informe del médico que dará la tercera opinión y después llene este formulario.** Si el informe resuelve la controversia, entonces no será necesario que lo llene. Si aún tiene una controversia con el médico que lo atiende, entonces podrá solicitar una Revisión Médica Independiente y llenar este formulario y posteriormente enviarlo a:

**Dept. of Industrial Relations**  
Division of Workers' Compensation  
P.O. Box 71010, Oakland, CA 94612.

Quien se encarga de hacer la Revisión Médica Independiente es un doctor que no trabaja directamente con su médico. Usted puede visitar a ese médico para que le haga un examen o puede optar por que el médico revise su expediente. Indique si quiere el examen médico (examen en persona) o si sólo quiere que se revise su historial clínico.

De ser posible, la especialidad del médico deberá ser la misma que la del médico que lo atiende. No todos los tipos de médicos pueden hacer una Revisión Médica Independiente. En caso de que la especialidad de su médico no esté disponible, puede elegir a otro tipo de médico. Para hacerlo, consulte la siguiente lista de especialistas y elija una. Indíquelo en la solicitud. La División de Indemnización por Accidentes Laborales le enviará el nombre y la información de contacto del médico que hará la Revisión Médica Independiente. Una vez que lo reciba, deberá concertar una cita en un lapso de 60 días. Se exige que el médico que hará la Revisión Médica Independiente le dé cita en un lapso de 30 días. Si usted no le pide la cita en un lapso de 60 días, no se le permitirá que haya una Revisión Médica Independiente en esta controversia. **Si usted desea cancelar su solicitud de Revisión Médica Independiente después de haber entregado este formulario, deberá entregar notificación por escrito al Director Administrativo y a la persona de contacto de la Red de Proveedores de Atención Médica.**

### CÓDIGOS DE ESPECIALIDADES MÉDICAS

<b>MAI</b> Alergias e Inmunología	<b>MAA</b> Anestesiología
<b>MRS</b> Cirugía de Colon y Recto	<b>MDE</b> Dermatología
<b>MEM</b> Medicina de Urgencias	<b>MFP</b> Medicina Familiar
<b>MPM</b> Medicina Preventiva General	<b>MHD</b> Mano – Cirugía ortopédica, cirugía plástica, general Cirugía
<b>MMM</b> Medicina Interna	<b>MMV</b> Medicina Interna - Enfermedades Cardiovasculares
<b>MME</b> Medicina Interna – Endocrinología, diabetes y Metabolismo	<b>MNS</b> Cirugía Neurológica
<b>MMH</b> Medicina Interna - Hematología	<b>MMG</b> Medicina Interna - Gastroenterología
<b>MMI</b> Medicina Interna - Enfermedades Infecciosas	<b>MPN</b> Neurología
<b>MMO</b> Medicina Interna - Oncología	<b>MPO</b> Medicina del Trabajo
<b>MMN</b> Medicina Interna – Nefrología	<b>MOP</b> Oftamología
<b>MMP</b> Medicina Interna - Enfermedades Pulmonares	<b>MTO</b> Otorrinolaringología
<b>MNM</b> Medicina Nuclear	<b>MOG</b> Inecología y Obstetricia
<b>MHA</b> Patología	<b>MMR</b> Medicina Interna - Reumatología
<b>MEP</b> Pediatría	<b>MAP</b> Manejo del Dolor – Psiquiatría y Neurología, Medicina Física y Rehabilitación, Anestesiología
<b>MPS</b> Cirugía Plástica	<b>MPR</b> Medicina Física y Rehabilitación
<b>MRD</b> Radiología	<b>MPD</b> Psiquiatría
<b>MSG</b> Cirugía – Vascular general	<b>MSY</b> Cirugía
<b>MTX</b> Toxicología – Medicina Preventiva, Pediatría, Emergencias	<b>MTS</b> Cirugía de Tórax
<b>POD</b> Podiatry	<b>MUU</b> Urología
	<b>MOS</b> Cirugía Ortopédica

## Exhibit F

Predesignation Form (English and Spanish)

Employee Acknowledgment of Receipt Form  
(English only)



### DWC FORM 9783 (March 1, 2007) PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

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

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

**EMPLOYEE**

Employee: Sign this section.

Employer \_\_\_\_\_  
 Employee Name\* \_\_\_\_\_  
 Last 4 of SS# \_\_\_\_\_  
 (Alternate ID) \_\_\_\_\_  
 Date of Hire \_\_\_\_\_  
 Date of Birth \_\_\_\_\_  
 Address \_\_\_\_\_  
 City \_\_\_\_\_  
 State, Zip \_\_\_\_\_

In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.

Employee: Sign this section.

Signature:\*  X  \_\_\_\_\_  
 Date:\* \_\_\_\_\_

**PHYSICIAN**

We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk (\*). **(Please PRINT clearly)**

**Physician First Name\*** \_\_\_\_\_  
**Physician Last Name\*** \_\_\_\_\_  
**Street Address\*** \_\_\_\_\_  
**of the physician’s practice** \_\_\_\_\_  
**City\*** \_\_\_\_\_  
**State\*** \_\_\_\_\_  
**Zip\*** \_\_\_\_\_  
**Telephone Number**  
**of the physician’s practice** ( ) - \_\_\_\_\_  
**Group Name** \_\_\_\_\_  
**CA License** \_\_\_\_\_

Physician: I agree to this Predesignation.

Physician: Sign this section.

**Physician Signature\***  X  \_\_\_\_\_  
**Date of Acceptance** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

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

### EMPLEADO

Empleado: Firme esta sección.

*No podemos procesar este formulario sin los campos marcados en negrilla con un asterisco (\*)*

Empleador

**Nombre Del Empleado\*** \_\_\_\_\_

**Ultimo 4 del SSN#\*** \_\_\_\_\_

**(Alternate ID)** \_\_\_\_\_

**Fecha de alquiler** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_\_\_

**Dirección** \_\_\_\_\_

**Cuidad** \_\_\_\_\_

**Estado/Codigo Postal\*** \_\_\_\_\_

*El empleado firmar esta sección.*

**Firma\***  \_\_\_\_\_

**Fecha** \_\_\_\_\_

### MÉDICO

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

*Si sufrió una lesión o enfermedad de trabajo, yo elijo recibir tratamiento médico de: (En letras de molde, por favor):*

**Médico (primer nombre\*)** \_\_\_\_\_

**Médico (ultimo nombre\*)** \_\_\_\_\_

**Dirección de oficina:\*** \_\_\_\_\_

**Cuidad\*** \_\_\_\_\_

**Estado/Codigo Postal\*** \_\_\_\_\_

**Número DeTeléfono** ( ) - \_\_\_\_\_

**Nombre de grupo Medico** \_\_\_\_\_

**Licencia de CA#** \_\_\_\_\_

*Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación*

*Previo. Médic: Firme esta sección.*

**Fecha del Medic** \_\_\_\_\_

**Fecha de aceptación** \_\_\_\_\_

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

**Employee Acknowledgment of Receipt of  
Workers' Compensation  
Medical Provider Network (MPN) information**

I have received the Harbor Medical Provider Network (MPN) information from my employer on \_\_\_\_\_.  
(Date)

**EMPLOYEE INFORMATION: (Please print clearly)**

Employee Name		Employee ID #	
Address	City	State	Zip
Date of Hire	Date of Birth		
Employer Name			

I **acknowledge** that I have received the California Medical Provider Network (MPN) information.

**X**  
Employee Signature

Date

NOTE TO EMPLOYER: Please retain the completed form in the employee's personnel file.