

Workers Compensation Network CA MPN Employee Acknowledgement

I have received information that tells me how to get health care under the CA MPN for workers' compensation injuries. If I am hurt on the job I understand that:

1. I must choose a treating doctor from the MPN list of doctors in the network. Or, I may Predesignate my personal physician if he agrees to serve as my treating doctor, and I notify my employer in writing prior to my injury.
2. I must go to my treating doctor for all health care for my injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me. If I need emergency care, I may go anywhere.
3. I may have to pay the bill if I obtain health care from someone other than a network doctor without network approval.

(Signature)

(Date)

(Printed Name)

I live at _____, _____, _____, _____
(Street Address) (City) (State) (Zip Code)

Name of Employer _____ Location # _____

Return the fully executed form to your human resources manager to retain in your employment records.

Red de Compensación de Trabajadores CA MPN Reconocimiento del Empleado

He recibido la información que me dice cómo obtener atención de salud bajo el CA MPN para las lesiones de compensación de los trabajadores. Si me lastimo en el trabajo yo entiendo que:

4. Debo elegir un médico tratante de la lista de MPN de los médicos en la red. O, podrá hacer una designación previa a mi médico personal si está de acuerdo para servir como mi médico tratante, y notificar a mi empleador por escrito antes de mi lesión.
5. Tengo que ir a mi médico de cabecera para todo el cuidado médico para mi lesión. Si necesito un especialista, mi médico tratante me referirá. Si necesito atención de emergencia, yo podría ir a cualquier lugar.
6. Puede que tenga que pagar la factura si obtengo atención de la salud de alguien que no sea un médico de la red sin la aprobación de la red.

(Firma)

(Fecha)

(Nombre Impreso)

Yo vivo en _____, _____, _____, _____
(Dirección-Calle) (Ciudad) (Estado) (Código Postal)

Nombre del Empleador _____ número de ubicación _____

Devuelva el formulario debidamente firmada a su director de recursos humanos para mantener en los registros de su empleo.