Sedgwick Claims Kit
California

P.O. Box 14779 | Lexington, KY 40512 | Toll Free: 866-738-9201 | Fax: 859-280-3275

Dear Insured:

We would like to welcome you as a policyholder of Falls Lake Fire and Casualty Company. Sedgwick is your Claims Administrator and we are pleased to be able to provide you with workers' compensation claims handling services. Please follow the below instructions for filing a new claim and note the claim kit attachment.

Where do I report a claim?

- **Phone:** **855-728-5277 (855-7ATLAS7)**
- **Email:** 6200AtlasGeneralInsurance@sedgwickcms.com
- **Fax:** 866-383-3296

Where do I send my injured employee for medical treatment?

- **Website:** www.sedgwickproviders.com/AG

Sedgwick Claim Kit Attachments:

- Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility – ***MUST BE PROVIDED TO INJURED EMPLOYEES***
- Employer's First Report of Injury Form (Form 5020)
- Treatment Referral Form
- Refusal of Medical Treatment Form
- Express Scripts First Fill Temporary Pharmacy Card

Sedgwick MPN Attachments:

- California MPN Materials for Distribution Instructions
- Notice to Employees (DWC 7) – ***MUST BE POSTED***
- New Hire Notice (English & Spanish)
- Pre-designation Form (English & Spanish)

Need a loss run?

- **Email us:** Lossruns@atlas.us.com

Have more questions?

Contact the Atlas Customer Care Team at Sedgwick - One of our friendly Client Services Associates will be happy to assist you.

- **Phone:** 866-738-9201
- **Email:** AtlasTeam@Sedgwickcms.com

We appreciate your business and believe that communication is critical for successful claims administration. We encourage you to contact us if you have any questions.

www.Atlas.us.com/claims

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

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

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

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

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

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

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

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

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

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

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

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

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

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

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

Cambiando a otro Médico Primario o *PTP*:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

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

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

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

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

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

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

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

Employee—complete this section and see note above ***Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.***

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____a.m. _____p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde occurió el accidente.* _____

_____

6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____

_____

7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ❑ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ❑ *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. _____ *Correo electrónico del empleado.* _____.

You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*

9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

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

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* _____
11. Address. *Dirección.* _____
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.*_____
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia adminstradora de seguros.* _____

_____

16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.*_____
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
18. Title. *Título.* _____ 19. Telephone. *Teléfono.* _____

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

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

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

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

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

State of California
EMPLOYER'S REPORT OF OCCUPATIONAL INJURY OR ILLNESS

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

OSHA CASE NO.

FATALITY ☐

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

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

EMPLOYER

1. FIRM NAME

1a. Policy Number

Please do not use this column

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

2a. Phone Number

CASE NUMBER

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

3a. Location Code

OWNERSHIP

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

5. State unemployment insurance acct.no

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

INDUSTRY

INJURY OR ILLNESS

7. DATE OF INJURY / ONSET OF ILLNESS (mm/dd/yy)

8. TIME INJURY/ILLNESS OCCURRED _____AM _____PM

9. TIME EMPLOYEE BEGAN WORK _____AM _____PM

10. IF EMPLOYEE DIED, DATE OF DEATH (mm/dd/yy)

OCCUPATION

11. UNABLE TO WORK FOR AT LEAST ONE FULL DAY AFTER DATE OF INJURY? ☐ Yes ☐ No

12. DATE LAST WORKED (mm/dd/yy)

13. DATE RETURNED TO WORK (mm/dd/yy)

14. IF STILL OFF WORK, CHECK THIS BOX: ☐

15. PAID FULL DAYS WAGES FOR DATE OF INJURY OR LAST DAY WORKED? ☐ Yes ☐ No

16. SALARY BEING CONTINUED? ☐ Yes ☐ No

17. DATE OF EMPLOYER'S KNOWLEDGE /NOTICE OF INJURY/ILLNESS (mm/dd/yy)

18. DATE EMPLOYEE WAS PROVIDED CLAIM FORM FORM (mm/dd/yy)

SEX

19. SPECIFIC INJURY/ILLNESS AND PART OF BODY AFFECTED, MEDICAL DIAGNOSIS if available, e.g.. Second degree burns on right arm, tendonitis on left elbow, lead poisoning

AGE

20. LOCATION WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED (Number, Street, City, Zip)

20a. COUNTY

21. ON EMPLOYER'S PREMISES? ☐ Yes ☐ No

DAILY HOURS

22. DEPARTMENT WHERE EVENT OR EXPOSURE OCCURRED, e.g.. Shipping department, machine shop.

23. Other Workers injured or ill in this event? ☐ Yes ☐ No

DAYS PER WEEK

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

WEEKLY HOURS

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

WEEKLY WAGE

26. HOW INJURY/ILLNESS OCCURRED. DESCRIBE SEQUENCE OF EVENTS. SPECIFY OBJECT OR EXPOSURE WHICH DIRECTLY PRODUCED THE INJURYIILLNESS, e.g.. Worker stepped back to inspect work and slipped on scrap material. As he fell, he brushed against fresh weld, and burned right hand. USE SEPARATE SHEET IF NECESSARY

COUNTY

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

27a. Phone Number

NATURE OF INJURY

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

28a. Phone Number

PART OF BODY

29. Employee treated in emergency room?

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

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

SOURCE

EMPLOYEE

30. EMPLOYEE NAME

31. SOCIAL SECURITY NUMBER

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

EVENT

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

33a. PHONE NUMBER

SECONDARY SOURCE

34. SEX

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

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

37. EMPLOYEE USUALLY WORKS _____ **hours per day,** _____ **days per week,** _____ **total weekly hours**

37a. EMPLOYMENT STATUS ☐ **regular, full-time** ☐ **part-time** ☐ **temporary** ☐ **seasonal**

37b. UNDER WHAT CLASS CODE OF YOUR POLICY WHERE WAGES ASSIGNED

EXTENT OF INJURY

38. GROSS WAGES/SALARY $ _____ **per** _____

39. OTHER PAYMENTS NOT REPORTED AS WAGESISALARY (e.g. tips, meals, overtime, bonuses, etc.)? ☐ **Yes** ☐ **No**

Completed By (type or print)

Signature & Title

Date (mm/dd/yy)

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

Workers' Compensation Treatment Referral

To Be Completed By Supervisor:		Date .	
Medical Facility/Doctor		Phone ( )	
Address	City	State	ZIP Code
Employee Name		Soc. Sec. No	
Occupation	Date of Injury	Time of Injury AM PM	
Employer Name	Policy Number	Phone ( )	
Address	City	State	ZIP Code
Supervisor Authorizing Treatment			

Instructions to Medical Facility/Doctor

This authorization is issued to you to provide ***initial*** medical treatment to the employee named above who has reported an occupational injury.

1. Call the supervisor named above immediately if the employee can return to work (full or modified duty).
2. Send the original completed doctor's first report to Sedgwick:

Mail the first report of injury to:
Sedgwick

P.O. Box 14779

Lexington, KY 40512

Telephone Number
(855) 728-5277

Fax Number

(866) 383-3296

Email

6200AtlasGeneralInsurance@sedgwickcms.com

REFUSAL OF MEDICAL TREATMENT FORM

EMPLOYER NAME: _____

PHONE: _____

Today's Date / Fecha de hoy _____

Employee / Empleado _____

Social Security / Seguro Social _____

Department / Departamento _____

Date of Injury / Fecha de Lastimadura _____ Time / Hora _____

Date employer first knew of injury / Fecha que patron supo de lastimadura _____
Time / Hora _____

Describe injury and part of body affected / Describa la lesion y la parte del cuerpo afectada

_____

NOTIFICATION DE LASTIMADURA Y REHUSAR CUIDADO MEDICO

A mi _____ me ha dado mi patron, la oportunidad de recibir atencion medica para la lastimadura supracirada. En este momento, no creo necesitar atencion medica. Sin embargo, si llego necesitar tal atencion me reportare inmediatamente a la oficina de la compania. Entiendo que esta es mi obligacion bajo el codigo laboral de California.

El que yo firme esta declaracion es solo en reconocimiento que se me ha dado la oportunidad de ser examinado y de recibir tratamiento y no estoy renunciando a mis derechos bajo las leyes de compensacion de tabajadores. Ademas, reconozco que he recibido la forma DWC-1 las cual protege mis derechos.

NOTICE OF INJURY & REFUSAL OF MEDICAL CARE

I, _____ have been offered the opportunity to have medical care for the above stated injury by my employer. I feel as though I do not require medical care at this time. However, should I feel the need to have care I will immediately report to my employer's office to request medical care. I understand this is my obligation under the California Labor Code 4600.

My signing of this statement only acknowledges that I have been given the opportunity to be examined and treated and in no way waves my right under worker's compensation laws. I also acknowledge that I have been given a claim form DWC-1 which protects my rights.

_____ _____
Employee's Signature / Firma de empleado Date / Fecha

_____ _____
Supervisor's or Foreman's signature / Firma de supervisor o mayordomo Date / Fecha

_____ _____
Witness Signature or Name / Firma or nombre de testigo Date / Fecha

Workers' Compensation Temporary Prescription ID Card

To the Injured Worker:

On your first visit, please give this notice to any pharmacy listed on the back side to speed processing your approved workers' compensation prescriptions (based on the guidelines established by your employer).

Questions or need assistance locating a participating retail network pharmacy? Call the Express Scripts Patient Care Contact Center at 1-866-590-5882.

Atencion Trabajador Lesionado:

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

Si tiene cualquier duda o necesita localizar una farmacia participante, por favor contacte al área de Atención a Clientes de Express Scripts, en el teléfono 1-866-590-5882.

To the Pharmacist:

Express Scripts administers this workers' compensation prescription program. Please follow the steps below to submit a claim. Standard claim limitations include quantity exceeding 150 pills or a day supply exceeding 14 days. This form is valid for up to 30 days from DOI. Limitations may vary. For assistance, call Express Scripts at 1-866-590-5882.

Pharmacy Processing Steps

Step 1: Enter bin number 003858

Step 2: Enter processor control A4

Step 3: Enter the group number as it appears above

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

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

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

Express Scripts

ID #: _____

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

Date of Injury: _____
MM/DD/YYYY

Group #: GJC6200

Employee Date of Birth: _____

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

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

To the Supervisor: Please fill in the information requested for the injured worker.

Employee Information

_____ ____ _____
First M Last

_____
Street Address or PO Box

_____ _____ _____
City State ZIP

Employer Name

_____

sedgwick

EXPRESS SCRIPTS®

Participating Retail Network Pharmacies

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

EXPRESS SCRIPTS®

© 2012 Express Scripts Holding Company. All Rights Reserved. 12-1254

CA MPN Materials for Distribution

Document Number	Title of Document	Purpose of Document	Required Action	Responsible Party
Posting Notice				
1	DWC 7 Posting Notice; English & Spanish	Notice explaining the CA MPN that provides search information to find MPN providers. Includes rights and responsibilities within the MPN.	**Required.** Employer must fill in the policy inception date in the "MPN effective date" field and post this notice at every CA worksite, both English and Spanish as necessary.	Employer
New Hire Notice				
2/2a	New Hire Notice; English & Spanish	Required form for all newly hired employees. Included with pre-designation form.	**Employer requirement not MPN requirement.** Employer must fill in the policy inception date in the "MPN effective date" field (pg. 2). This notice must be sent to each CA employee *on date of hire*, both English and Spanish as necessary.	Employer
Mandatory As-Needed Notice				
3/3a	Physician Pre-designation	Form used by employees to pre-designate a physician for treatment of work comp injuries.	**As-Needed.** Must be provided to employee upon employee's request to pre-designate a physician for treatment of work comp injuries; after physician signs form the employee returns a signed copy to the employer prior to any workplace injury.	Employer

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

Notice to Employees--Injuries Caused By Work

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

Benefits. Workers' compensation benefits include:

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

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

If You Get Hurt:

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

MPN website: **www.sedgwickproviders.com/AG**

MPN Effective Date: _____ MPN Identification number: **2359**

If you need help locating an MPN physician, call your MPN access assistant at: **1-877-334-9425**

If you have questions about the MPN or want to file a complaint against the MPN, call the MPN Contact Person at: **1-800-625-6588**

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

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

Claims Administrator **Sedgwick** Phone **(866) 738-9201**

Workers' compensation insurer **Falls Lake Fire and Casualty Company** (Enter "self-insured" if appropriate)

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

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

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

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

Aviso a los Empleados—Lesiones Causadas por el Trabajo

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

Beneficios. Los beneficios de compensación de trabajadores incluyen:

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

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

Si Usted se Lastima:

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

Página web de la MPN: **www.sedgwickproviders.com/AG**

Fecha de vigencia de la MPN: _____ Número de identificación de la MPN: **2359**

Si usted necesita ayuda en localizar un médico de una MPN, llame a su asistente de acceso de la MPN al: **1-877-334-9425**

Si usted tiene preguntas sobre la MPN o quiere presentar una queja en contra de la MPN, llame a la Persona de Contacto de la MPN al: **1-800-625-6588**

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

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

Administrador de Reclamos **Sedgwick** Teléfono **(866) 738-9201**

Asegurador del Seguro de Compensación de trabajador **Falls Lake Fire and Casualty Company** (Anote "autoasegurado" si es apropiado)

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

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

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

MPN Identification Number: #2359
Sedgwick Custom MPN

New Hire Notice -- Injuries Caused By Work

What does workers' compensation cover?

You may be entitled to workers' compensation benefits if you are injured or become ill because of your job. Workers' compensation covers most work-related physical or mental injuries and illnesses. An injury or illness can be caused by one event (such as hurting your back in a fall) or by repeated exposures such as hurting your wrist from doing the same motion over and over). Generally, independent contractors, and volunteers who receive no compensation are not covered by workers' compensation benefits.

Benefits:

Workers' compensation benefits include: Medical care, temporary disability, permanent disability, supplemental job displacement voucher, and death benefits

Medical Care:

You are entitled to medical care that is reasonably required to cure or relieve you from the effects of your work-related injury. Medical care may include doctor visits, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, and medicines that are reasonably necessary to treat your injury. Providers should never bill you directly for work-related injuries. There is a limit on some medical services. Your employer is required to provide you with a claim form within one business day of learning about your injury. It is extremely important that you complete the "Employee" section of the claim form as your employer is required to authorize medical care within one working day after you file the form. If additional care is necessary after the initial treatment, the claims administrator will authorize any care that is appropriate for your injury, including the referral to specialists.

Your Primary Treating Physician (PTP):

This is the doctor with overall responsibility for treating your injury or illness. The primary treating physician determines what type of treatment you need and when you may return to work. A multispecialty medical group of licensed doctors and osteopathy can be designated as personal physicians. If your employer or your employer's insurer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness by making a request to the claims administrator. Chiropractors may not continue as the primary treating physician after 24 visits. If specialists, diagnostics, etc. are needed in your case, this physician will be responsible for making the referrals. If you name your personal physician before your injury, you may see him or her for treatment in certain circumstances.

Otherwise, your employer has the right to select the physician who will treat you for the first 30 days. You may be able to switch to a doctor of your choice after 30 days. Special rules apply if your employer offers a Health Care Organization (HCO) or has a medical provider network. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or MPN. Contact your employer for more information.

Treatment by your personal physician:

You may be treated by your personal physician if you notify your employer prior to your injury. A personal physician includes a medical group of licensed doctors of medicine or osteopathy. Please have your physician complete the attached form and return to your employer. The following requirements must be met:

1. Your employer must offer group health coverage
2. Your personal physician must agree in advance to treat you for any work injuries or illnesses
3. Your physician must be your regular physician and surgeon.
4. Your physician has previously directed your medical treatment and retains your records, including your medical history.

What happens if your employer disputes your injury?

State law requires employers to authorize medical care within one working day of receiving a DWC 1 claim form. Your employer may be liable for as much as $10,000 in medical care until your claim is accepted or denied.

Medical Provider Networks:

Your employer may be using a MPN, which is a selected network of health care providers to provide treatment to workers injured on the job. If you have predesignated your personal physician prior to your work injury, then you may receive treatment from your predesignated doctor. If you have not predesignated and your employer is using a MPN, you are free to choose an appropriate provider from the MPN list after the first medical visit directed by the employer. If you are treating with a non-MPN doctor for an existing injury, you may be required to change to a doctor within the MPN. For more information see the MPN contact information below

Medical Access Assistant for California MPNs:

The Medical Access Assistant, or MAA, has the primary duty of assisting employees with finding available medical

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

provider network physicians and scheduling medical appointments. The MAA shall be available Monday through Saturday from 7:00 AM – 8:00 PM (Pacific standard time). The MAA will contact the physician during normal business hours to schedule your appointment. The MAA does not have authority to authorize treatment and maintains different duties than the claims examiner.

Sedgwick Medical Access Assistant:

Phone: **1-87-SEDGWICK** or **1-877-334-9425**

Current MPN toll free number: 800-625-6588

MPN Website: www.sedgwickproviders.com/AG

- Select method of search: physician name, address search, or region search
- Input the state and zip code information
- Click "Find Provider"

Current MPN Address:

Sedgwick CMS
10690 White Rock Road Suite 100
Rancho Cordova, CA 95670
MPN Effective Date: xx/xx/xxxx

What if my employer has a Medical Provider Network?

Please refer to the posted Complete Employee Notice at your employer's location for network details and requirements.

What if my employer does not have a Medical Provider Network?

If your employer does not have a Medical Provider Network, you may be able to change your treating physician to your personal chiropractor or acupuncturist following a work-related injury or illness within 30 days of reporting your injury. You may use the attached Notice of Personal Chiropractor or Personal Acupuncturist form to notify your employer of this change.

Emergency Medical Care:

If you need emergency care, call 911 for help immediately from the hospital, ambulance, fire department or police department.

First Aid:

If you need first aid treatment, contact your employer. If you have more than a simple first aid injury, you will need to ask your employer for a claim form.

Temporary Disability (TD) Benefits:

You may be entitled to payments if you lose wages while recovering. Your temporary disability rate is calculated by multiplying your average weekly wage by two thirds. The first 3 days of disability are not payable under California law unless there is hospitalization at the time of injury or the disability exceeds 14 days. If your physician returns you to work on a modified basis, you may be entitled to wage loss. This is generally calculated by multiplying the difference between your average weekly wage and your earnings during modified duties times two thirds. This is subject to the benefit minimums and maximums set by the California Legislature. Temporary disability benefits are payable within 14 days of the date of injury or knowledge of the injury. Subsequent payments are due every 14 days. For injuries occurring on or after 1/1/08, no more than 104 weeks of temporary disability are payable within 5 years from the date of injury. For longer term conditions (hepatitis B &C, amputations, severe burns, HIV, high velocity eye injuries, chemical burns to the eyes, pulmonary fibrosis, and chronic lung disease) no more than 240 weeks within five years from the date of injury are payable. You may be eligible for state disability benefits from the Employment Development Department (EDD) if TD benefits are stopped, delayed, or denied. There are time limits so contact EDD for more information.

Permanent Disability (PD) Benefits:

You may be entitled to payments if your physician says your injury has limited your ability to work. The permanent disability rate is calculated by multiplying your average weekly wage by two thirds, subject to statutory minimums and maximums. The amount of permanent disability or impairment may depend on your doctor's opinion, as well as your age, occupation type of injury and date of injury. If you have permanent disability or your claims examiner suspects you have permanent disability, a letter will be sent to you explaining your benefits, including the estimate or total value of permanent disability, weekly payment amount, how the benefit was calculated, and all of your related rights under the California Labor Code, including your right to object to the report upon which the determination is being based. Permanent Disability benefits are payable within 14 days of the last payment of temporary disability benefits or after you physician indicates there is permanent disability. The benefit is payable every fourteen days.

Supplemental Job Displacement Benefit:

You may be entitled to a nontransferable voucher payable to a state approved school. To qualify, your injury must result in a permanent impairment and your employer is unable to offer modified or alternative work within 60 days of receipt of a report asserting that all medical conditions have reached maximum medical improvement. If your employer does not offer a modified or alternate job within 60 days of determination of maximum medical improvement, you may choose to receive a nontransferable voucher to use at a state accredited school for education-related retraining or skill replacement. If you qualify for the supplemental job

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

displacement benefit, your claims examiner will provide a voucher for up to $6,000.00.

Return to Work Fund

If your injury results in permanent impairment and it is determined that the amount awarded is disproportionately low in comparison to your loss of earnings, you may be entitled to additional compensation. A fund was established to supplement permanent impairment benefits under specific circumstances. This fund is administered by the Division of Workers Compensation. Your examiner can assist in directing you to the correct resource to determine eligibility.

Death Benefits:

Death benefits are paid to dependents of a worker who dies from a work-related injury or illness. The benefit is calculated and paid in the same manner as temporary disability. This benefit is paid at a minimum rate of $224 per week. The death benefit rates are set by state law and the amount depends upon the number of dependents. If dependent minor children are involved, death benefits are payable at least until the youngest child reaches majority age. Burial expenses are also provided under this benefit.

Report Your Injury:

Report the injury immediately to your supervisor or to:

Employer representative: _____

Phone number: _____

Don't delay. There are time limits. If you wait too long, you may lose your right to benefits. Your employer is required to provide you a claim form within one working day after learning about your injury. Within one working day after you file a claim form, your employer shall authorize the provision of all treatment, consistent with the applicable treating guidelines, for your alleged injury and shall be liable for up to ten thousand dollars ($10,000) in treatment until the claim is accepted or rejected. Until the date the claim is accepted or rejected, liability for medical treatment shall be limited to ten thousand dollars ($ 10,000). If your claim is denied, you have the right to appeal the decision within one year of the date of injury.

Discrimination:

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

Questions?

If you have questions, see your employer or the claims examiner who handles workers' compensation claims for your employer.

Claims Administrator:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Address: P.O. Box 14779

City: Lexington State: KY Zip: 40512

Phone: (866) 738-9201

The employer is insured for workers' compensation by:

Falls Lake Fire and Casualty Company

How do I locate information regarding my employer's current workers' compensation carrier?

For information regarding your employer's workers' compensation carrier, please visit the below website.

https://www.caworkcompcoverage.com

If the workers' compensation policy has expired, contact a Labor Commissioner at the Division of Labor Standards Enforcement - their number can be found in your local White Pages under California State Government, Department of Industrial Relations.

You can get free information from a State Division of Workers' Compensation Information & Assistance Officer.

The nearest Information & Assistance Officer is at:

Please refer to the attached I&A Office directory for the nearest location.

Hear recorded information and a list of local offices by calling toll-free (800) 736-7401. Learn more online: www.dir.ca.gov.

False claims and false denials:

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

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

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

MPN Identification Number: #2359
Sedgwick Custom MPN

Contact the Information & Assistance Unit:

- By phone at **1-800-736-7401** -- For recorded information that helps injured workers, employers and others understand California's workers' compensation system, and their rights and responsibilities under the law.
- By attending a workshop for injured workers.
- By calling or going in person to a local Information & Assistance Unit office:

Anaheim 1065 N. PacifiCenter Drive Anaheim 92806-2141 (714) 414-1801	**Oxnard** 1901 N. Rice Ave., Ste. 200 Oxnard, CA 93030-7912 (805) 485-3528	**San Francisco** 455 Golden Gate Avenue, 2nd floor San Francisco, CA 94102-7014 (415) 703-5020
Bakersfield 1800 30th Street, Suite 100 Bakersfield, CA 93301-1929 (661) 395-2514	**Pomona** 732 Corporate Center Drive Pomona, CA 91768-2653 (909) 623-8568	**San Jose** 100 Paseo de San Antonio, Room 241 San Jose, CA 95113-1402 (408) 277-1292
Eureka * Satellite office 100 "H" Street, Room 202 Eureka, CA 95501-0481 (707) 441-5723	**Redding** 250 Hemsted Dr 2nd Floor, Ste. B Redding, CA 96002-9040 (530) 225-2047	**San Luis Obispo** 4740 Allene Way, Suite 100 San Luis Obispo, CA 93401-8736 (805) 596-4159
Fresno 2550 Mariposa Mall, Room 5005 Fresno, CA 93721-2219 (559) 445-5355	**Riverside** 3737 Main Street, Room 300 Riverside, CA 92501-3337 (951) 782-4347	**Santa Ana** 605 W Santa Ana Blvd, Bldg 28 Room 451 Santa Ana, CA 92701-4070 (714) 558-4597
Long Beach 300 Oceangate Street, Suite 200 Long Beach, CA 90802-4304 (562) 590-5240	**Sacramento** 160 Promenade Circle, Suite 300 Sacramento, CA 95834-2962 (916) 928-3158	**Santa Barbara** * Satellite office 130 E. Ortega Street Santa Barbara, CA 93101-7538 (805) 568-1295
Los Angeles 320 W. 4th Street, 9th floor Los Angeles, CA 90013-1954 (213) 576-7389	**Salinas** 1880 North Main Street, Suite 100 Salinas, CA 93906-2037 (831) 443-3058	**Santa Rosa** 50 "D" Street, Room 420 Santa Rosa, CA 95404-4771 (707) 576-2452
Marina del Rey 4720 Lincoln Blvd 2nd floor Marina del Rey, CA 90292-6902 (310) 482-3820	**San Bernardino** 464 W. Fourth Street, Suite 239 San Bernardino, CA 92401-1411 (909) 383-4522	**Stockton** 31 East Channel Street, Room 344 Stockton, CA 95202-2314 (209) 948-7980
Oakland 1515 Clay Street, 6th floor Oakland, CA 94612-1519 (510) 622-2861	**San Diego** 7575 Metropolitan Drive, Suite 202 San Diego, CA 92108-4424 (619) 767-2082	**Van Nuys** 6150 Van Nuys Blvd., Room 105 Van Nuys, CA 91401-3370 (818) 901-5367

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

Número de Identificación del MPN: #2359
Sedgwick Custom MPN

Notificación de nueva contratación – Lesiones ocasionadas en el trabajo

¿Qué cubre la indemnización por accidentes laborales?

Es posible que usted tenga derecho a los beneficios de indemnización por accidentes laborales si se lesiona o enferma a causa de su trabajo. La indemnización por accidentes laborales cubre la mayoría de las lesiones físicas o mentales relativas al trabajo, así como las enfermedades laborales. Una lesión o una enfermedad puede ser provocada por un suceso (como lastimarse la espalda al caerse) o por repetidas exposiciones, como al lastimarse la muñeca por estar haciendo el mismo movimiento una y otra vez. Por lo general, los contratistas independientes y los voluntarios que no reciben una remuneración no tienen la cobertura de beneficios de indemnización por accidentes laborales.

Beneficios:

Entre los beneficios de indemnización por accidentes laborales están: Atención médica, discapacidad temporal, discapacidad permanente, vale de beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo y beneficios a causa de fallecimiento.

Atención médica:

Usted tiene derecho a recibir la atención médica que razonablemente se requiera para curarle o aliviarle los efectos de su lesión laboral. La atención médica puede incluir las consultas al médico, servicios hospitalarios, terapia física, análisis de laboratorio, radiografías y medicamentos que sean razonablemente necesarios para dar tratamiento a su lesión. Los proveedores nunca deberán cobrarle a usted directamente cuando se trate de lesiones laborales. Existe cierto límite en cuanto a algunos servicios médicos. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. Es sumamente importante que en el formulario de reclamación usted llene la sección “Empleado”, ya que a su empleador se le exige que autorice la atención médica en un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario. En caso de que sea necesaria atención adicional después del tratamiento inicial, el administrador de reclamaciones autorizará lo que sea apropiado para su lesión, inclusive, la derivación a especialistas.

Su Médico Primario de Tratamiento (PTP):

Se trata del médico con la responsabilidad general de darle tratamiento a su lesión o enfermedad. Su médico primario de tratamiento determina qué tipo de tratamiento necesita y cuándo podrá regresar a su trabajo. Como médico personal se puede designar a un grupo con diversas especialidades de médicos y osteópatas con licencia. Si su empleador o la compañía aseguradora de su empleador no tienen una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo atienda por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral si presenta una solicitud al administrador de reclamaciones. Después de 24 consultas, los quiroprácticos no pueden seguir siendo médicos primarios de tratamiento. Si en su caso son necesarios especialistas, diagnósticos, etc., este médico será el responsable de hacer las derivaciones correspondientes. Si usted designa a su médico particular antes de que ocurra la lesión, en algunas circunstancias podrá consultarlo para obtener tratamiento. De lo contrario, su empleador tiene derecho a elegir al médico que le dará tratamiento durante los primeros 30 días. Después de 30 días usted podrá cambiar e ir con el médico de su preferencia. Aplican reglas especiales si su empleador le ofrece una Organización de Atención Médica (HCO) o si cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica (MPN). Usted deberá recibir información por parte de su empleador si cuenta con cobertura de una HCO o una MPN. Para más información, consulte a su empleador.

Tratamiento por parte de su médico particular:

Su médico particular puede darle tratamiento si usted se lo notifica a su empleador antes de que ocurra una lesión. El médico particular también puede ser un grupo de médicos u osteópatas con licencia. Por favor pídale a su médico que llene el formulario adjunto y que se lo devuelva a su empleador. Se deben cumplir los siguientes requisitos:

1. Su empleador debe ofrecer seguro médico colectivo.
2. Su médico particular debe estar de acuerdo previamente en darle tratamiento por lesiones o enfermedades laborales.
3. Su médico debe ser su médico de cabecera y cirujano.
4. Su médico previamente se ha encargado de su tratamiento y conserva sus registros, inclusive su historial médico.

¿Qué sucede si su empleador cuestiona la lesión?

La ley estatal exige que su empleador autorice atención médica en un lapso de un día a partir de que reciba el formulario de reclamación DWC 1. Su empleador puede

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

ser responsable de hasta $10,000 en atención médica hasta que la reclamación sea aceptada o rechazada.

Redes de Proveedores de Atención Médica:

Su empleador puede tener usa una MPN, que es una red de proveedores de asistencia de salud para proporcionar tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Si se ha designado previamente a su médico personal antes de su lesión en el trabajo, a continuación, puede recibir tratamiento de su médico previamente designad. Si no ha designado previamente y su empleador está usando una MPN, usted es libre de elegir un proveedor apropiado de la lista de la MPN después de la primera visita médica dirigida por el empleador. Si está recibiendo tratamiento con un médico fuera de la MPN, por una lesión existente, es posible que tenga que cambiar a un médico dentro de la MPN. Para obtener más información, consulte la información de contacto de la MPN debajo:

Asistente de Acceso Médico en California MPN:

El acceso asistente médico, o MAA, tiene el deber primordial de ayudar a los empleados con la búsqueda de médicos de la red de proveedores médicos disponibles y la programación de citas médicas. El MAA estará disponible de lunes a sábado de 7:00 am - 8:00 pm (hora estándar del Pacífico). El MAA pondrá en contacto con el médico durante el horario normal para programar su cita. El MAA no tiene autoridad para autorizar el tratamiento y mantiene diferentes funciones que el examinador de reclamos.

Sedgwick Acceso Médico Asistente:
Teléfono: 1-87-SEDGWICK o 1-877-334-9425

Número telefónico gratuito de la Red de Proveedores de Atención Médica actual: 800-625-6588

Sitio web de la MPN: www.sedgwickproviders.com/AG

- Seleccione el método de búsqueda: Nombre del médico, búsqueda de direcciones, o región de búsqueda
- La información de entrada al estado y código postal
- Haga clic en "Encontrar Proveedor"

Dirección de la Red de Proveedores de Atención Médica actual:

Sedgwick CMS
10690 White Rock Road Suite 100
Rancho Cordova, CA 95670

Fecha en que entra en vigor la MPN:

xx/xx/xxxx

¿Y si mi empleador cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica?

Consulte la Notificación para los Empleados sobre la Red de Proveedores de Atención Médica que se anexa.

¿Y si mi empleador no cuenta con una Red de Proveedores de Atención Médica?

Si su empleador no tiene una Red de Proveedores de Atención Médica, usted puede cambiar al médico que lo atienda por su quiropráctico o acupunturista después de una lesión o enfermedad laboral en un lapso de 30 días a partir de que reporte la lesión. Puede usar el formulario anexo de Notificación al Quiropráctico o Acupunturista Personal para notificar a su empleador sobre este cambio.

Atención médica de emergencia:

Si necesita atención médica de emergencia, llame inmediatamente al 911 para recibir ayuda del hospital, ambulancia, departamento de bomberos o de la policía.

Primeros auxilios:

Si necesita primeros auxilios, avise a su empleador. Si tiene más que una lesión simple que requiera primeros auxilios, necesitará pedir a su empleador un formulario de reclamación.

Beneficios por discapacidad temporal (TD):

Es posible que usted tenga derecho a pagos si pierde su salario mientras se recupera. La tarifa por discapacidad temporal se calcula multiplicando su salario semanal promedio por dos tercios. Según la ley de California, los 3 primeros días de incapacidad no se pagan, a menos que haya hospitalización al momento de la lesión o que la incapacidad sea por más de 14 días. Si su médico lo regresa a trabajar con modificaciones, es posible que tenga derecho a pérdida de salario. Generalmente esto se calcula al multiplicar por dos tercios la diferencia entre su salario semanal promedio y sus ingresos durante el tiempo que desempeñe el trabajo modificado. Esto está sujeto al mínimo y máximo de beneficios estipulados por la Legislatura de California. Los beneficios por discapacidad temporal son pagaderos dentro de los 14 días después de la fecha de la lesión o de que se sepa de la lesión. Los pagos posteriores son cada 14 días. Las lesiones que hayan ocurrido el 1 de enero de 2008 o después, sin exceder 104 semanas de discapacidad temporal, son pagaderas en un lapso de 5 años a partir de la fecha de la lesión. Las afecciones a más largo plazo (como hepatitis B y C, amputaciones, quemaduras graves, VIH, lesiones oculares por alta velocidad, quemaduras en los ojos por sustancias químicas, fibrosis pulmonar y enfermedades crónicas de los pulmones) son pagaderas no más de 240 semanas en un lapso de cinco años a partir de la fecha de la lesión. Es posible que usted reúna los requisitos para recibir

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

beneficios estatales por incapacidad por parte del Departamento de Desarrollo del Empleo (EDD) si los beneficios por discapacidad temporal se suspenden, se demoran o se niegan. Existen límites de tiempo, por lo tanto, para más información comuníquese al EDD.

Beneficios por discapacidad permanente (PD):

Usted puede tener derecho a recibir pagos si su médico determina que su lesión ha limitado su capacidad para trabajar. La tarifa por discapacidad permanente se calcula al multiplicar su salario semanal promedio por dos tercios y está sujeta al mínimo y máximo establecidos por la ley. La cantidad por discapacidad o impedimento permanente puede depender de la opinión de su médico, así como de su edad, tipo de lesión según su ocupación y la fecha de la lesión. Si usted tiene una discapacidad permanente o su evaluador de reclamaciones sospecha que la tenga, se le enviará una carta en la que le expliquen sus beneficios, incluirá el cálculo o el valor total de la discapacidad permanente, la cantidad de pago semanal, cómo se calcula el beneficio y todos sus derechos respectivos conforme al Código del Trabajo de California, e inclusive su derecho a objetar el informe sobre el cual se basa la resolución. Los beneficios por discapacidad permanente son pagaderos en un lapso de 14 días a partir del último pago de beneficios por discapacidad temporal o después de que su médico haya indicado que existe una discapacidad permanente. El beneficio es pagadero cada 14 días.

Beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo:

Usted puede tener derecho a un vale no transferible pagadero a una escuela estatal aprobada. Para cumplir con los requisitos, su lesión debe causarle una incapacidad, y además no ser posible que su empleador le ofrezca un trabajo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que reciba el reporte que indique que todas las afecciones han llegado al máximo de la mejoría médica. Si su empleador no le ofrece un empleo modificado o alternativo en un lapso de 60 días a partir de que se determine la máxima mejoría médica, usted puede optar por recibir un vale no transferible para que lo utilice en una escuela acreditada por el estado para que tome cursos de readiestramiento o de reemplazo de destrezas. Si reúne los requisitos para el beneficio suplementario por desplazamiento de trabajo, su evaluador de reclamaciones le dará un vale de hasta $6,000.00.

Fondo para el regreso al trabajo

Si su lesión da como resultado una incapacidad permanente y se determina que la cantidad otorgada es desproporcionadamente baja en comparación con su pérdida de ingresos, puede tener derecho a una indemnización adicional. Se ha establecido un fondo para complementar los beneficios por discapacidad permanente en circunstancias específicas. Ese fondo está administrado por la División de Indemnización por Accidentes Laborales. Su evaluador puede ayudarle para que se dirija al recurso correcto para determinar su elegibilidad.

Beneficios por muerte:

Los beneficios por fallecimiento se pagan a los dependientes de un trabajador que muera a consecuencia de una lesión o enfermedad laboral. Este beneficio se calcula y paga de la misma manera que la discapacidad temporal. Se paga a una tarifa mínima de $224 a la semana. Las tarifas del beneficio por fallecimiento son estipuladas por las leyes estatales y el monto será según el número de dependientes. Si hay niños menores dependientes, los beneficios por fallecimiento son pagaderos por lo menos hasta que el hijo o la hija menor lleguen a la mayoría de edad. Con este beneficio se cubren también los gastos funerarios.

Notifique su lesión.

Informe de inmediato a su supervisor sobre la lesión o al:

_____

Representante del Empleador Teléfono:

_____

No demore. Hay límites de tiempo. Si espera demasiado tiempo, es posible que pierda el derecho a sus beneficios. Su empleador tiene la obligación de darle un formulario de reclamación en un lapso de un día hábil a partir de que se entere de su lesión. En un lapso de un día hábil a partir de que usted presente el formulario de reclamación, su empleador habrá de autorizar que se le proporcione todo tratamiento que sea congruente con las pautas correspondientes de tratamiento por su supuesta lesión y será responsable hasta por $10,000 (diez mil dólares) de tratamiento hasta que la reclamación haya sido aceptada o rechazada. Hasta la fecha cuando la reclamación sea aceptada o rechazada, la responsabilidad de tratamiento médico se limitará a $10,000 (diez mil dólares). Si le rechazan su reclamación, usted tendrá derecho a apelar la decisión en un lapso de un año a partir de la fecha de la lesión.

Discriminación:

Es ilegal que su empleador lo castigue o lo despida por tener una lesión o enfermedad laboral, por presentar una reclamación o por declarar en el caso de indemnización por accidentes laborales de otra persona. Si se comprueba, usted puede recibir el salario que haya perdido, una reincorporación a su empleo, mayores beneficios y las costas y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

¿Preguntas?

Si tiene alguna pregunta, consulte a su empleador o al evaluador de reclamaciones correspondiente que se encargue de las reclamaciones de indemnización por accidentes laborales.

Administrador de Reclamaciones:

Sedgwick Claims Management Services, Inc.

Dirección: P.O. Box 14779

Ciudad: Lexington Estado: KY C.P.: 40512

Teléfono: (866) 738-9201

El empleador está asegurado para indemnización por accidentes laborales con: Falls Lake Fire and Casualty Company.

¿Cómo encuentro información acerca de la aseguradora actual de mi empleador para la indemnización por accidentes laborales?

Para tener información sobre la aseguradora de su empleador para la indemnización por accidentes laborales, visite el siguiente sitio Web:

https://www.caworkcompcoverage.com

Si la póliza de indemnización por accidentes laborales ha caducado, comuníquese con un Comisionado del Trabajo en la División para el Cumplimiento de las Normas Laborales; el número se puede encontrar en las Páginas Blancas locales, en Gobierno del Estado de California, Departamento de Relaciones Industriales.

Podrá obtener información gratuita con un funcionario de Información y Asistencia de la División Estatal de Indemnización al Trabajador.

El funcionario de Información y Asistencia más cercano se encuentra en:
Por favor, consulte el directorio de I & A Oficina adjunto para la ubicación más cercana.

Llame al **(800) 736-7401**, escuche la información grabada y una lista de oficinas locales. Entérese de más en línea: www.dir.ca.gov.

Reclamaciones falsas y negativas falsas.

Toda persona que deliberadamente haga o provoque que se hagan declaraciones materiales falsas o fraudulentas con el propósito de obtener o de que se rechace una indemnización por accidentes laborales o pagos, será culpable de un delito grave y podrá ser multada y encarcelada.

Su patrón puede no ser responsable de pagar la indemnización por accidentes laborales que sean consecuencia de que usted participe voluntariamente en alguna actividad fuera de su horario de trabajo en actividades recreativas, sociales o atléticas que no formen parte de sus deberes laborales.

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

Contacte la Unidad de Información y Asistencia:

- Llame por teléfono al **1-800-736-7401** para información grabada que ayuda a trabajadores lesionados, empleadores y otros a entender el sistema de compensación de trabajadores de California, y sus derechos y responsabilidades bajo la ley.
- Asista a un seminario para trabajadores lesionados.
- Llame o entre en persona a una oficina local de la Unidad de Información y Asistencia:

Anaheim 1065 N. PacifiCenter Drive Anaheim 92806-2141 (714) 414-1801	**Oxnard** 1901 N. Rice Ave., Ste. 200 Oxnard, CA 93030-7912 (805) 485-3528	**San Francisco** 455 Golden Gate Avenue, 2nd floor San Francisco, CA 94102-7014 (415) 703-5020
Bakersfield 1800 30th Street, Suite 100 Bakersfield, CA 93301-1929 (661) 395-2514	**Pomona** 732 Corporate Center Drive Pomona, CA 91768-2653 (909) 623-8568	**San Jose** 100 Paseo de San Antonio, Room 241 San Jose, CA 95113-1402 (408) 277-1292
Eureka * Satellite office 100 "H" Street, Room 202 Eureka, CA 95501-0481 (707) 441-5723	**Redding** 250 Hemsted Dr 2nd Floor, Ste. B Redding, CA 96002-9040 (530) 225-2047	**San Luis Obispo** 4740 Allene Way, Suite 100 San Luis Obispo, CA 93401-8736 (805) 596-4159
Fresno 2550 Mariposa Mall, Room 5005 Fresno, CA 93721-2219 (559) 445-5355	**Riverside** 3737 Main Street, Room 300 Riverside, CA 92501-3337 (951) 782-4347	**Santa Ana** 605 W Santa Ana Blvd, Bldg 28 Room 451 Santa Ana, CA 92701-4070 (714) 558-4597
Long Beach 300 Oceangate Street, Suite 200 Long Beach, CA 90802-4304 (562) 590-5240	**Sacramento** 160 Promenade Circle, Suite 300 Sacramento, CA 95834-2962 (916) 928-3158	**Santa Barbara** * Satellite office 130 E. Ortega Street Santa Barbara, CA 93101-7538 (805) 568-1295
Los Angeles 320 W. 4th Street, 9th floor Los Angeles, CA 90013-1954 (213) 576-7389	**Salinas** 1880 North Main Street, Suite 100 Salinas, CA 93906-2037 (831) 443-3058	**Santa Rosa** 50 "D" Street, Room 420 Santa Rosa, CA 95404-4771 (707) 576-2452
Marina del Rey 4720 Lincoln Blvd 2nd floor Marina del Rey, CA 90292-6902 (310) 482-3820	**San Bernardino** 464 W. Fourth Street, Suite 239 San Bernardino, CA 92401-1411 (909) 383-4522	**Stockton** 31 East Channel Street, Room 344 Stockton, CA 95202-2314 (209) 948-7980
Oakland 1515 Clay Street, 6th floor Oakland, CA 94612-1519 (510) 622-2861	**San Diego** 7575 Metropolitan Drive, Suite 202 San Diego, CA 92108-4424 (619) 767-2082	**Van Nuys** 6150 Van Nuys Blvd., Room 105 Van Nuys, CA 91401-3370 (818) 901-5367

© Sedgwick 2014 MH SB863 Update v.1

DWC FORM 9783 (July 1, 2014) 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:

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

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

EMPLOYEE

You (the employee) sign this section.

Employer _____

Employee Name* _____

_____

Employee ID#* _____

Date of Hire _____

Date of Birth _____

Address _____

City _____

St, Zip _____

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

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* _____

St, Zip* _____

Telephone Number of the physician's practice (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _ _____

Group Name: _____

CA License _____

I agree to this Predesignation:

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 Julio, 2014) 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:

- en la fecha de su lesión laboral usted tiene cobertura de atención médica para lesions o enfermedades no laborales;
- 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, pediátra, gineco-obstreta, 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 esta formulario sin los campos marcados en negrilla con un asterisco **(*)***

Empleador: _____

Nombre Del Empleado:* _____

_____

(Employee ID#*) _____

Fecha de alquiler: _____

Fecha de nacimiento: _____

Dirección: _____

Cuidad: _____

Estado/ Codigo Postal* _____

Empleado firmar esta sección.

Firma * X _____

Fecha _____

MÉDICO:

DESIGNACIÓN PREVIA DE MÉDICO PARTICULAR

Si sufro 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 officina* _____

Cuidad* _____

Estado/Codigo Postal* _____

Número De Teléfono (_ _ _) _ _ _ - _ _ _ _

Nombre de grupo Medico: _____

Licencia de CA# _____

_____

Médico: Estoy de acuerdo con esta Designación previa
Médico: Firme esta sección

Firma: X _____

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).