



WORKERS' COMPENSATION PACKET FOR INJURED EMPLOYEES

YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

- Workers' Compensation Flow Chart
- Instructions for Injured Employees
- Forms
 - Medical Authorization – Form A
 - Initial Work Status Report – Form B
 - Declination of Medical Care Form – Form C
 - Workers' Compensation Claim Form (DWC-1)
- Medical Provider Network Acknowledgment & Information
- Employee Workers' Compensation Handbook
- [Fact Sheets and Guides for Injured Workers](#)



WORKERS COMPENSATION FLOW CHART

YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

ACTIVATE BRANCH EMERGENCY ACTION PLAN AND CALL 911 FOR LIFE THREATENING OR SERIOUS INJURIES OR ILLNESSES. SEND EMPLOYEE TO NEAREST HOSPITAL WITH EMS. COMPLETE ALL PROCEDURES & FORMS AFTER EMERGENCY CARE IS RECEIVED.

(Including, but not limited to, heavy bleeding, loss of consciousness, severe deformities, breathing or cardiac emergencies, or other physical distress)

Employee sustains a work-related injury, illness, or bloodborne pathogen exposure while performing their duties.

For **ALL** work-related injuries, illnesses, or exposures, immediately report the incident to a supervisor or the Risk Management team. The Supervisor needs to submit a detailed [incident report](#) in [SafetyZone](#) as soon as possible. (including for minor cases/first aid only injuries)

Employee requires medical attention.

Employee refuses or does not require medical attention beyond first aid.

Complete & Sign
all required forms in the [Workers' Comp. Packet in Athen's Portal \(under forms\)](#).
Send employee to pre-selected clinic or their pre-designated* physician.
(DWC-1 requires signature from BOTH employee & supervisor)

Provide the employee with the [Workers' Comp. Packet \(in the Athen's Portal, under forms\)](#).
Employee and Supervisor must complete and sign the [Declination of Medical Care Form](#).

Signed [Declination of Medical Care Form](#) is uploaded to Incident Report or emailed to Risk Management.

Employee previously declined care, but has requested to be treated for the injury/illness after the declination.

Upload the following **SIGNED** forms from the Workers' Compensation Packet to the Incident Report:

[Medical Authorization Form \(Form A\) \(required for the employee to seek care\)](#)
[Workers Compensation Claim Form \(DWC-1\)](#)
[Medical Provider Network Acknowledgment](#)
[Employee's Signed Job Description \(if available\)](#)

(If unable to upload these forms to the Incident Report in SafetyZone, please email them to the Risk Management Team).

Following medical care, Employee must submit a [Work Status Report](#) from the provider to their supervisor.

Employee is returned to work with **no** restrictions.

Employee is **NOT** cleared to return to work.

Employee is cleared by doctor to work **with** restrictions.

Supervisor contacts Risk Management/HR Administrator to determine reasonable accommodations, engage employee in the [interactive process](#), and/or process a leave, based on the case/doctor's restrictions.

Employee has a follow-up appointment.

Employee is released from care.

End of Process

*Employee must already have a completed Pre-designation of Personal Physician form on file prior to the injury, illness, or exposure. Form must be signed by the employee and personal physician and submitted to the People, Culture, & Development Team in order to be valid.



WORKERS COMPENSATION YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

INSTRUCTIONS FOR INJURED EMPLOYEES

The following steps have been established to assist employees who are injured or exposed to bloodborne pathogens or other work-related injuries/illnesses while performing their assigned duties.

1. An employee who is injured at work must **immediately** report the incident to their supervisor, regardless of how minor the injury is.
 - If the supervisor is not available, the Risk Management Team or another member of branch management must be notified immediately.
2. The supervisor will document the incident by submitting an **Incident Report** through [SafetyZone](#).
3. The supervisor will coordinate with the injured employee to determine if there is a need for medical attention and the urgency for treatment.

Injuries NOT REQUIRING medical attention or the employee refuses medical attention:

Employees must complete the [Declination of Medical Care Form \(Form C\)](#) for filing and will be monitored to ensure they are feeling well. Please note that employees that decline care can always change their mind and request to be seen for that injury.

Injuries REQUIRING medical attention:

4. Employee & Supervisor must complete the following forms together:
 - [Medical Authorization Form \(Form A\)](#) (requires a supervisor's signature)
 - [Workers' Compensation Claim Form \(DWC-1\)](#) (requires employee & supervisor's signatures)
 - [Medical Provider Network Acknowledgment](#) (requires employee's signature)

Finding a Physician

5. The injured employee will be sent to a pre-selected MPN industrial medical clinic or their pre-designated personal physician. There should be a poster at the branch listing the pre-selected medical providers. If an employee has submitted the [pre-designation form](#) and pre-designated their own personal physician in writing to the People, Culture & Development Department PRIOR to their injury, they must see their physician. If the pre-designated personal physician is not available, the employee must visit the pre-selected MPN medical facility.
6. The employee must take the following forms with them to present to the doctor's office for completion and/or review:
 - a) Completed [Medical Authorization Form \(Form A\)](#)
 - b) Copy of employee's most current [Signed Job Description](#)
 - c) [Initial Work Status Report \(Form B\)](#) - the treating physician must complete and sign this form **OR** provide their own work status report to the employee to return to their supervisor.

Return to Work with NO Restrictions

7. The employee must present the [Work Status Report](#) (Form B or the medical providers work status form) or a medical release from the treating physician to the supervisor. **The employee will not be returned to their job without this document.** The medical release includes the date of release to return to work and must clearly state there are no restrictions.
 - Please note that an employee that has no restrictions may not have been release from care, and must submit the a Work status report after each follow-up appointment.

Return to Work with Restrictions OR Not Cleared to Return to Work

8. The employee must present a [Work Status Report](#) (Form B or a Work Status Report from the medical provider) or medical release from the treating physician to the supervisor. **The employee will not be returned to their job without this document.** The medical release includes the date of release to return to work and clearly states the limitations or restrictions.
9. The supervisor and the injured worker will review the information received from the doctor and jointly work with Risk Management and the HR Administrator to complete the [interactive process](#) to determine if/what reasonable accommodations can be offered or to place the employee on a Leave.
10. The supervisor(s) will need to meet with the employee and all parties will sign the interactive process letter. Please provide the employee and Risk Management with a copy of the signed letter.

Note* Injured employees will be held responsible for following all medical instructions and restrictions, both on and off the job, attending follow-up appointments, and providing the Y with their most current Work Status Reports.

11. If the injured worker is returned to work, they will be closely monitored to ensure compliance with restrictions as set forth by the treating physician until returned to full duty with no restrictions.
12. If the restrictions given by the treating physician cannot be accommodated, the injured worker is required to attend all follow up appointments and provide medical status reports following each visit to their supervisor. The medical status report must include current work status (released to full duty – no restrictions, detailed description of work limitations or restrictions, or unable to work) and if applicable, date of next visit.

INFORMATION FOR EMPLOYEE

Workers' Compensation insurance is carried by the YMCA and protects all employees if an injury occurs while performing assigned duties on the job. All injuries must be reported to a supervisor immediately!

Workers' compensation benefits include payment of medical expenses and a temporary disability payment equal to portion of the employee's regular salary. The YMCA will compensate the employee their full wages for the day that the injury/incident occurred.

The YMCA may not liable for the payment of workers' compensation benefits for any injury or illness, which arises out of voluntary participation in any off-duty recreational, social or athletic activity which, is not part of the employee's work-related duties.

An employee who sustains a work related injury or illness and is completely disabled and unable to work for at least five (5) days will be placed on workers compensation leave of absence. A written medical certification of disability is required in order to be placed on a leave of absence. A workers' compensation leave of absence will run concurrently with Family Medical Leave Act (if eligible).

Employees on workers' compensation leave are required to attend all follow up medical appointments and provide medical status reports to their supervisor following each visit. In order to resume duty, the injured employee must provide a written release from their treating physician which releases him/her to return to work and indicates any restrictions.

Any questions concerning Workers' Compensation should be directed to:

Workers' Compensation Administrator
Raul Pineda (213) 351-2258 or Nancy Yuen-Perales (213) 351-2231

**WORKERS COMPENSATION**
YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES**MEDICAL AUTHORIZATION****Instructions for Injured Employee**

Complete the information below and provide this authorization, your current position description and valid identification to the clinic/physician assigned to treat your work-related injury. The treating clinic will keep this form for their records and will provide a work status report to be submitted to the YMCA.

Employee Name:

First	MI	Last
-------	----	------

Date of Injury:

Body Part(s) Affected:

Incident Leading to Injury:

Authorization from Employer Representative

Employer Representative Name:

(please print)

Position Title & Contact Information:

Employer Representative Signature:

Authorization Date:

Treatment Authorized: ☐ First Aid Treatment ☐ Initial Treatment/Return to Work Evaluation**Instructions for Treating Physician**

1. Please use this form as authorization for initial medical treatment of the injured employee named.
2. Please contact the third party administrator (Athens) for authorization after the initial treatment.
3. Please refer to the attached position description to evaluate the injured employee's return to work status. The YMCA will make every effort to accommodate alternate duties on a temporary basis.
4. Attached, please find the Initial Work Status Report Form to be completed and returned to the YMCA.

Billing and Pre-Authorization Information

Third Party Administrator: Athens
PO Box 696
Concord, CA 94522
Phone: (866) 482-3535



WORKERS COMPENSATION
YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

INITIAL WORK STATUS REPORT

To Be Completed By Physician

The YMCA will make every reasonable effort to provide suitable return to work opportunities for every employee who is unable to perform his/her regular duties following a work related injury.

Date of Evaluation: _____

Date of Injury: _____

Patient Name: _____
First MI Last

Diagnosis

BODY PART(S) AFFECTED:

☐ WORK RELATED

☐ NON-INDUSTRIAL

Work Status

☐ **FULL DUTY** (no restrictions) beginning as of: _____
Date

☐ **TEMPORARY ASSIGNMENT** (Modified or Alternate Duty) as of: _____
Date

☐ Full-Time ☐ Part-Time (_____ hours per day)

Estimated Length of Temporary Assignment: _____

Please list restrictions: _____

☐ **OFF WORK** until re-evaluated, as of: _____
Date

Appointment Date: _____

Physician's Signature

Date

**WORKERS COMPENSATION**
YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES**DECLINATION OF MEDICAL CARE****Instructions for Injured Employee**

Please read the Instructions for Injured Employees packet prior to completing this form. Please complete this form if you elect to decline medical treatment for your work-related injury or illness. Complete the information below and submit to your supervisor.

Employee Name: _____
First MI Last

Date of Injury: _____

Today's Date: _____

Date Supervisor Notified: _____

Body Part(s) Affected: _____

Incident Leading to Injury: _____

Acknowledgment:

My employer has offered the opportunity to receive medical care for the above stated injury or illness in compliance with Labor Code 4600. I voluntarily choose to decline medical coverage as I do not require medical attention at this time. However, I understand that if I should feel the need to have care, I will immediately contact my supervisor or the Workers Compensation Administrator.

This statement only acknowledges that I have been given the opportunity to be examined and treated and in no way waive my rights under Workers Compensation laws.

Employee Signature: _____

For Office Use Only

Supervisor Name: _____
(please print)

Position Title & Contact Information: _____

Date Received: _____

Employer Representative Signature: _____



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

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

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

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

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

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

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

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

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

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

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

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

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

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

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

Cambiando a otro Médico Primario o PTP:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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 curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisitos, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

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

Es ilegal que su empleador le castigue o despidan 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 afectan su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatal de Incapacidad (*State Disability Insurance- SDI*) o beneficios del desempleo (*Unemployment Insurance- UI*). Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

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.



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 División de Compensación al Trabajador al **(800) 736-7401** para oír información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.

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

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

Employee—complete this section and see note above

Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____ a.m. _____ p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde ocurrió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describe la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ☐ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ☐ Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico. Employee's e-mail. _____ Correo electrónico del empleado. _____
You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*
9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

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

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* **YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES**
11. Address. *Dirección.* _____
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia administradora de seguros.* _____
- SELF INSURED**
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* **SELF INSURED**
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



WORKERS COMPENSATION
YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

MEDICAL PROVIDER NETWORK

NOTIFICATION REMINDER

We are sorry that you have suffered a work-related injury and wish you a full recovery. As you were previously notified, the YMCA of Metropolitan Los Angeles and its employees are part of a Medical Provider Network (MPN). Your medical treatment will be provided by a physician within the MPN unless you have previously pre-designated your own personal physician to treat you for a work-related injury and your physician completed the necessary certification. The Medical Provider Network Employee Handbook is attached for your review. If you have questions, please contact Workers' Compensation Administrator, Raul Pineda (213) 351-2258 or Nancy Yuen-Perales (213) 351-2231.

RED DE PROVEEDORES MÉDICOS

NOTIFICATION REMINDER

Lamentamos mucho que haya sufrido una lesión ocupacional y le deseamos una recuperación total. Según lo que se le comunicó previamente, el YMCA of Metropolitan Los Angeles y sus empleados forman parte de una Red de Proveedores Médicos (o MPN por sus siglas en inglés). Su tratamiento médico será proporcionado por un médico dentro de la MPN al menos de que usted haya designado previamente a su propio médico personal para atenderle en relación a su lesión ocupacional y su médico haya completado la certificación necesaria. El Manual del Empleado de la Red de Proveedores Médicos va adjunto para que usted pueda repasarlo. Si tiene alguna pregunta, favor de contactar a la Administradora de Indemnización al Trabajador, Raul Pineda (213) 351-2258 or Nancy Yuen-Perales (213) 351-2231.

.....

Date/Fecha

Employee Name/Nombre

Employee Signature/Firma



MEDICAL PROVIDER NETWORK

YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

EMPLOYEE HANDBOOK

To All Employees:

Your employer is committed to your well-being and safety at the workplace. Keeping injuries from happening is our first concern. However, if you do have a work injury, it is our goal to help you recover and return to useful employment as soon as it is medically possible.

Your employer has chosen Athens Medical Provider Network (Athens MPN), as their network of medical providers. The MPN is a Worker's Compensation Provider Network built around Occupational Care Providers.

The MPN will be delivered through the Athens network of medical providers and facilities. Athens is a nationally recognized company which specializes in occupational health, disability management and medical cost management.

The MPN includes occupational health clinics and doctors who will provide you with medical treatment. The occupational doctor will also manage your return-to-work with your employer.

Under the MPN program, you will be provided:

- a primary treating physician;
- other occupational health services and specialists;
- emergency health care services; and
- medical care if you are working or traveling outside of the geographic services area.

This network has been built to provide you with timely and quality medical care. The MPN is easy to access and is here to provide you with quality medical care, and to assist you to return to health and a productive life.

The MPN Employee Handbook will provide you with the information to help you through your work-related injury or illness.

TABLE OF CONTENTS

THE PURPOSE OF THE MEDICAL PROVIDER NETWORK (MPN)	Page 1
Workers' Compensation Injuries and Illnesses Only	
HOW TO ACCESS THE MPN	Page 1
Description of services	
Report your injury immediately	
Definition of "Emergency Health Care Services"	
Selecting a Medical Provider	
What to do if you have trouble getting an appointment	
CHANGING PROVIDERS & SECOND/THIRD OPINIONS	Page 2
Changing your provider	
How to obtain a referral to a specialist	
How to use the second and third opinion process	
How to obtain an independent medical review	
MEDICAL BILLS	Page 4
DISPUTES	Page 4
What if my employer disputes my injury	
CONTINUITY OF CARE	Page 4
What happens if your provider is terminated from the MPN	
TRANSFER OF ONGOING CARE	Page 5
What happens when you are being treated for an injury or illness prior to the coverage of the MPN	
SITE COORDINATOR INFORMATION	Page 5
MPN CONTACT INFORMATION	Page 5

THE PURPOSE OF THE MEDICAL PROVIDER NETWORK

Injured workers deserve timely, quality medical care. The Medical Provider Network (MPN) is a network of doctors and hospitals who understand how to diagnose and treat work-related injuries. These providers are committed to improving your physical well-being and returning you to useful employment.

The MPN is not just for medical treatment. It will also help you to return to work after an injury or illness. The MPN's main purpose is to help employees who are injured or become ill on the job to return to work safely and as soon as possible. You may be assigned a specially trained nurse or vocational specialist to work with you, your employer, your insurance carrier and your doctor to help you recover from your injury or illness and help you return to work.

Your MPN should be used only for injuries and illnesses covered under your employer's workers' compensation plan. If you are injured at work, unless you have predesignated a doctor or you have received authorization to have treatment outside of the MPN, you must use the doctors, clinics, hospitals and other medical providers who are part of the MPN.

Please refer to the next page for specific instructions on how to access the MPN.

HOW TO ACCESS THE MPN

Your employer has designated a Site Coordinator to help you use the MPN if you are injured or ill on the job. This person should be your first contact if you have questions about the MPN or your workers' compensation coverage.

Description of services

Your employer is responsible for providing medical care including:

- a primary treating physician within 30 minutes or 15 miles of your residence or work place;
- other occupational health services and specialists within 60 minutes or 30 miles of your residence or work place;
- access to medical care in rural areas;
- emergency health care services;
- medical care if you are working or traveling outside of the geographic service area or temporarily reside outside of the service area during recovery; and
- medical care if you no longer work for your employer, live outside of the service area and your employer has ongoing workers' compensation obligations.
- The MPN must have at least three physicians of each specialty expected to treat common injuries experienced by injured employees based on the type of occupation or industry in which the employee is engaged and within the access standards pursuant regulation 9767.5 (a).

Report your injury immediately

In the event of an emergency (defined below on this page), or if urgent care is needed, please seek medical attention from the nearest hospital or urgent care center. *Once you have received care, let your supervisor and site coordinator know as soon as possible.*

If your job-related injury or illness is not an emergency, please let your supervisor and Site Coordinator know before seeing a doctor.

If you are treated away from your home or workplace, upon your return to your geographic location, you must let your supervisor and site coordinator know. Your Site Coordinator and Supervisor will provide you with a listing of the MPN doctors if you require additional medical care.

Definition of "emergency health care services"

"Emergency Health Care Services" or "Urgent Care" is defined as health care services for a medical condition manifesting itself by acute symptoms of sufficient severity such that the absence of immediate medical attention could reasonably be expected to place the patient's health in serious jeopardy.

The MPN is ONLY for work-related injuries or illnesses. You should not seek medical treatment from the MPN without telling your Site Coordinator. Remember, if you need emergency treatment go to the nearest hospital. Never delay seeking medical treatment if you are seriously injured or ill.

Selecting a medical provider

Your employer must arrange for an initial medical evaluation and begin treatment, if appropriate. However, you have a right to be treated by a MPN physician of your choice after the first visit. As a patient in the MPN, you have the right to see a doctor close to your home or workplace. If you have to travel more than 15 miles or 30 minutes to see your treating doctor or 30 miles or 60 minutes to see a specialist, you should tell your MPN contact. If you live in a rural area, all services will be available and accessible at reasonable times to all covered employees with a residence or work place beyond 30 miles of a MPN health facility from an out of network, non contracted provider. The travel distance and/or travel time may be greater than the timeframes listed above. The instructions below will help you to choose a doctor.

For an emergency, or urgent care situation, go directly to the nearest emergency room.

For non-urgent care, do the following:

After reporting your injury to your Site Coordinator and Supervisor, they will give you the name of a doctor for an initial medical evaluation and you may begin treatment, if necessary. You may continue using this designated doctor after the initial evaluation or you may choose another MPN doctor by:

1. Contacting your Site Coordinator and Supervisor who has a complete listing of all MPN providers; or
2. Your employer may have a list of providers posted at your job site.

What to do if you have trouble getting an appointment

If you have trouble getting an appointment for non-emergency services with a MPN doctor within 3 business days or an MPN specialist doctor within 20 business days of your employer's receipt of a request, you should seek assistance from your MPN contact. Your MPN contact will work with the MPN to assist you in getting an appointment in a timely manner.

CHANGING PROVIDERS & SECOND OPINIONS

Changing your provider

You have the right to change your doctor if you are not happy with the doctor treating your work-related injury or illness. However, medical treatment must be provided inside the MPN. To get a regional area listing of MPN doctors, or a full provider directory contact your Site Coordinator or review options at www.athensmci.com under provider search and the MPN link.

How to obtain a referral to a specialist

If your treating physician cannot provide you the care needed for recovery, he or she will refer you to an MPN specialist that is appropriate to address your particular injury or illness. If your treating physician refers you to a specialist that is not available in the MPN, you may select a specialist from outside the MPN. To obtain information about seeing a specialist in your geographic area, you should contact your Site Coordinator/Supervisor who can provide you with a listing of MPN specialists near your home or work place or a full provider directory is also available upon request.

How to use the second and third opinion process

If you dispute either the diagnosis or the treatment that is recommended by the treating physician, you may obtain a second and third opinion from physicians within the MPN. During this process, you must continue your treatment with your treating physician within the MPN or change to another physician of your choice within the MPN.

For obtaining a second opinion, it is your responsibility to:

1. inform the MPN contact that you dispute the treating physician's opinion and you are requesting a second opinion. You may do this orally or in writing;
2. select a physician or specialist from a list of available MPN providers;
3. make an appointment with the second physician within 60 days; and
4. inform the MPN contact of the appointment date.

For obtaining a second opinion, it is your MPN contact's responsibility to:

1. provide a regional area listing of MPN providers and/or specialists for you to select a second opinion physician based on the specialty or recognized expertise in treating your injury or condition in question and inform you of your right to request a copy of the medical records that will be sent to the second opinion physician;
2. contact your treating physician;
3. provide a copy of the medical records or send the necessary medical records to the second opinion physician prior to the appointment;
4. provide a copy of the records to you upon request; and
5. notify the second opinion physician in writing that he/she has been selected to provide a second opinion and the nature of the dispute
6. provide a copy of written letter informing the second opinion physician of the dispute to the employee

If you do not make an appointment with a second opinion physician within 60 days of receiving the list of available MPN providers, then you will not be able to obtain a second opinion regarding the diagnosis or treatment in dispute.

If, after your second opinion physician reviews your medical records, he/she determines that your injury is outside the scope of his/her practice, the second opinion physician will notify you and your MPN contact so your MPN contact can provide a new list of MPN providers.

If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by the second opinion physician, you may seek the opinion of a third physician within the MPN.

For obtaining a third opinion, it is your responsibility to:

1. inform your MPN contact that you dispute the treating physician's opinion and you are requesting a third opinion. You may do this orally or in writing;
2. select a physician or specialist from a list of available MPN providers;
3. make an appointment with the third physician within 60 days; and
4. inform the MPN contact of the appointment date.

For obtaining a third opinion, it is your MPN contact's responsibility to:

1. provide a regional area listing of MPN providers and/or specialists for you to select a third opinion physician based on the specialty or recognized expertise in treating your injury or condition in question and inform you of your right to request a copy of the medical records that will be sent to the second opinion physician;
2. contact your treating physician;
3. provide a copy of the medical records or send the necessary medical records to the third opinion physician prior to the appointment;
4. provide a copy of the records to you upon request;
5. notify the third opinion physician in writing that he/she has been selected to provide a third opinion and the nature of the dispute;
6. provide a copy of written letter informing the third opinion physician of the dispute to the employee; and
7. provide you with a written description of the Independent Medical Review process.

If you do not make an appointment with a third opinion physician within 60 days of receiving the list of available MPN providers, then you will not be able to obtain a third opinion regarding the diagnosis or treatment in dispute.

If, after your third opinion physician reviews your medical records, he/she determines that your injury is outside the scope of his/her practice, the third opinion physician will notify you and your MPN contact so your MPN contact can provide a new list of MPN providers.

The second and third opinion physicians must provide his/her opinion of the disputed diagnosis or treatment in writing and offer alternative diagnosis or treatment recommendations, if applicable. These physicians may order diagnostic testing if medically necessary. A copy of the written report must be given to you, your employer and your treating physician within 20 days of the date of your appointment or receipt of the results of the diagnostic tests, whichever is later. Your employer will allow you to obtain the recommended treatment in the MPN. You may obtain the recommended treatment by changing physicians to the second opinion physician, the third opinion physician or other MPN physician.

If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by the third opinion physician, you may file with the Administrative Director a request for an Independent Medical Review.

How to obtain an Independent Medical Review

You must obtain a second and third opinion before you can request an Independent Medical Review. If you disagree with either the diagnosis or treatment prescribed by the third opinion physician, you may file with the Administrative Director a request for an Independent Medical Review.

You may obtain an Independent Medical Review by submitting an application to the Administrative Director at P.O. Box 71010, Oakland, California 94612. You may obtain an application form from your MPN contact. You will be provided an IMR application at the time of the selection of a third opinion. The Administrative Director will assign the independent medical reviewer.

Your MPN contact will provide the independent medical reviewer with all information that was considered in regards to the disputed treatment or diagnostic service, including a copy of the following:

1. all correspondence from, and received by, any treating physician who provided you with treatment or diagnostic service; and
2. all medical records and other information used by the physicians in making a decision regarding the disputed treatment or diagnostic service.

The independent medical reviewer must conduct a physical examination or a medical record review based on your choice. It is your right to schedule when the examination is to take place if you choose an in-person examination.

The independent medical reviewer must issue a report to the Administrative Director, the MPN contact, the employee and the employee's attorney if any, within 20 days after the in person examination or completion of the record review. The written report shall include his/her analysis and determination whether the disputed health care service met the state's treatment guidelines. However, if the reviewer certifies the disputed health care service is a serious threat to your health, the report must be provided within three days of the examination.

If the independent medical reviewer determines the disputed treatment or diagnostic service meets the state's treatment guidelines, you may seek the disputed treatment or diagnostic service from a physician of your choice from within or outside the MPN. Your employer must pay for the cost of any approved medical treatment.

Medical Bills

All medical bills resulting from your work-related injury or illness should be sent directly to your designated workers' compensation claims administrator. The MPN may review the charges to make sure they are correct. Your workers' compensation insurance carrier will pay the provider(s).

Your lost wage compensation and any other benefits you are entitled to under the California State Workers' Compensation Act will be paid by your insurance carrier. You can direct any questions regarding your benefits to your employer.

What if my employer disputes my injury

You may be entitled to receive treatment even if your employer initially disputes your injury. Until the date the claim is rejected, the employer's liability for the claim is limited to \$10,000. Please note this does not guarantee that you will receive medical care up to this \$10,000 limit. Treatment can continue until the employer makes a decision to deny your claim. This treatment must be provided from an MPN doctor unless it is an emergency situation or another authorized situation.

Continuity of Care

Attachment I is a copy of your employer's continuity of care policy. This policy provides for the completion of treatment for certain medical conditions by a doctor who has been terminated from the MPN.

Transfer of Ongoing Care

If you are being treated for an injury or illness prior to the coverage of the MPN, your employer will provide for the completion of your treatment with your doctor under certain circumstances. **Attachment II** is your employer's Transfer of Ongoing Care Policy.

Medical Care - Former Employees and Employees Traveling Outside Service Area

When an employee has a work-related (non-emergency) injury or illness outside of the service area, the employee should notify the employer and seek treatment at the closest occupational health or primary care clinic to the patient.

An injured covered employee who is authorized to temporarily work or travel outside of the service area, will have a choice of at least three physicians outside of the MPN's geographic service area who either has been referred by the employee's primary treating physician within the MPN or have been selected by the MPN applicant. In addition to the physicians within the MPN, the employee may change physicians among the referred physicians and may obtain a second and third opinion from the referred physicians. Referred physicians will be located within the access standards described.

In the event of an emergency or if urgent care is needed, the employee should seek medical attention from the nearest hospital or urgent care center. If feasible, the employee or a personal representative should report his/her injury/illness within 24 hours of receiving treatment.

Once the injured/ill employee returns to the service area, medical care will be transferred to a provider within the MPN. This information will be communicated through the MPN Employee Handbook.

Former employees of an employer with a workers' compensation obligation or employees that temporarily elect to reside outside of the MPN geographic service area will have a choice of at least three physicians outside the MPN geographic service area who either have been referred by the employee's primary treating physician within the MPN or have been selected by the MPN Applicant. In addition to the physicians within the MPN the employee may change physicians among the referred physicians and may obtain a second and third opinion from the referred physicians.

Site Coordinator information

The following is the contact information for your Site Coordinator:

Raul Pineda
4301 W. 3rd St.
Los Angeles, CA 90020
213-351-2258
Cell 562-658-9877
RaulPineda@ymcaLA.org

MPN contact information

The following is the contact information for your MPN contact:

Athens
P.O. Box 696
Concord, CA 94522
866-482-3535
www.athensmci.com (provider search link)

Attachment I

MPN Policy and Procedure
Continuity of Care
Effective Date: 5/19/09
Revised Date: None
Approval: 4/27/05
Page 1 of 2

Continuity of Care Policy

Policy: Employer/Insurer will provide to all employees entering the workers' compensation system notice of its written continuity of care policy and information regarding the process for an employee to request a review under the policy and will provide, upon request, a copy of the written policy to an employee.

Procedure: 1. **Completion of treatment by a terminated provider.** Employer/Insurer will, at the request of an injured employee, provide the completion of treatment as set forth in this exhibit by a terminated provider.

a.) The completion of treatment will be provided by a terminated provider to an injured employee who, at the time of the contract's termination, was receiving services from that provider for one of the conditions described in paragraph 1.(b) below.

b.) Employer/Insurer will provide for the completion of treatment for the following conditions subject to coverage through the workers' compensation system:

(i) An acute condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a limited duration of less than 90 days. Completion of treatment will be provided for the duration of the acute condition.

(ii) A serious chronic condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over a 90 day period of time or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment will be provided for a period of time necessary to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another provider, as determined by the Employer/Insurer in consultation with the injured employee and the terminated provider and consistent with good professional practice. Completion of treatment under this paragraph will not exceed 12 months from the contract termination date.

(iii) A terminal illness. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment will be provided for the duration of a terminal illness.

(iv) Surgery or other procedure. Performance of surgery or other procedure that is authorized by the Employer/Insurer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days of the contract's termination date.

2. **Contractual terms and conditions.** Employer/Insurer may require the terminated provider whose services are continued beyond the contract termination date pursuant to this section to agree in writing to be subject to the same contractual terms and conditions that were imposed upon the provider prior to termination. If the terminated provider does not agree to comply or upon agreement does not comply with these contractual terms and conditions, then the Employer/Insurer is not required to continue the provider's services beyond the contract termination date.

3. **Compensation.** Unless otherwise agreed by the terminated provider and the Employer/Insurer, the services rendered pursuant to this section will be compensated at rates and methods of payment similar to those used by the Employer/Insurer for currently contracted providers providing similar services who are practicing in the same or a similar geographic area as the terminated provider. The Employer/Insurer is not required to continue the services of a terminated provider if the provider does not accept the payment rates provided for in this paragraph.

4. **Termination for medical disciplinary cause or reason.** This policy will not require the Employer/Insurer to provide for completion of treatment by a provider whose contract with the Employer/Insurer has been terminated or not renewed for reasons relating to a medical disciplinary cause or reason, as defined in paragraph (6) of subdivision (a) of *Section 805 of the Business and Profession Code*, or fraud or other criminal activity.
5. **Continuity of care beyond requirements.** Nothing in this exhibit will preclude the Employer/Insurer from providing continuity of care beyond the requirements of this exhibit.
6. **Replacement of continuity of care policy.** The Employer/Insurer will file a revision of the continuity of care policy with the Administrative Director if it makes a material change to this policy.
7. **Dispute Resolution.** Following the employer's or insurer's determination of the injured covered employee's medical condition, the employer or insurer will notify the covered employee of the determination regarding the completion of treatment and whether or not the employee will be required to select a new provider from the MPN. The notification will be sent to the employee's residence with copy to the employee's primary treating physician. The notification will be written in English and Spanish using lay person terms.

If the terminated provider agrees to continue treating the injured covered employee in accordance with Labor Code section 4616.2 and if the injured employee disputes the medical determination, the injured employee can request a report from the injured employee's primary treating physician that addresses whether the employee falls within any of the following;

- acute condition
- a serious chronic condition
- a terminal illness; or
- performance of a surgery or other procedure authorized by the insure or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended by the provider to occur within 180 days of the contract termination date

If the treating physician fails to provide the report to the covered employee within 20 calendar days of request, the determination made by the employer or insurer shall apply.

If the employer or insurer or the injured employee objects to the medical determination by the treating physician, the dispute regarding the medical determination made by the treating physician regarding the continuity of care shall be resolved pursuant to Labor Code section 4062. If the treating physician agrees with the employee's or insurer's determination that the injured employee's medical condition does not meet the conditions set forth in the Labor Code 4616.2(d)(3) the employee shall choose a new provider from within the MPN during the dispute resolution process.

If the treating physician does not agree with the employer's or insurer's determination that the injured employee medical condition does not meet the condition set forth in Labor Code section 4616.2(d)(3), the injured employee shall continue to treat with the terminated provider until the dispute is resolved.

Attachment II

MPN Policy and Procedure
Transfer of Ongoing Care
Effective Date: 5/19/09
Revised Date: None
Approval: 4/27/05
Page 1 of 2

Transfer of Ongoing Care Policy

Policy: Employer/Insurer will provide for the completion of treatment for injured covered employees who are being treated outside of the Medical Provider Network (MPN) for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN. Until the injured covered employee is transferred into the MPN, the employee's physician may make referrals to providers within or outside the MPN.

Procedure: 1. **Completion of treatment inside the MPN.** If an injured covered employee is being treated for an occupational injury or illness by a physician or provider prior to coverage of a MPN, and the injured covered employee's physician or provider becomes a provider within the MPN that applies to the injured covered employee, then the employer or Insurer shall inform the covered employee and his or her physician or provider if his/her treatment is being provided by his/her physician or provider under the provisions of the MPN.

2. **Completion of treatment outside of MPN.** Injured covered employees who are being treated outside of the MPN for an occupational injury or illness that occurred prior to the coverage of the MPN, including injured covered employees who pre-designated a physician and do not fall within the Labor Code section 4600(d), will continue to be treated outside the MPN for the following conditions:

- a. Acute condition. An acute condition is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a duration of less than 90 days. Completion of treatment will be provided for the duration of the acute condition.
- b. Serious chronic condition. A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, catastrophic injury, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over 90 days and requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment will be provided for a period of time, up to one year, necessary to complete a course of treatment approved by the Employer/Insurer and to arrange for transfer to another provider within the MPN, as determined by the Employer/Insurer. The one year period for completion of treatment starts from the date of the injured covered employee's receipt of the notification of the determination that the employee has a serious chronic condition.
- c. Terminal illness. A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment will be provided for the duration of a terminal illness.
- d. Surgery or other procedure. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the Employer/Insurer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days from the MPN coverage effective date.

3. **Transfer into MPN.** If the injured covered employee's injury or illness does not meet the conditions set forth in (2)(a) through (2)(d) above, the Employer/Insurer may transfer the injured covered employee into the MPN for medical treatment.

4. **Notification to the covered employee.** If the Employer/Insurer decides to transfer the injured covered employee's medical care to the MPN, the Employer/Insurer will notify the covered employee at the employee's residence and a copy of the determination regarding completion of treatment and the decision to transfer medical care into the MPN. Notice will be sent to the covered employee's primary treating physician. The notification will be written in English and Spanish and use layperson's terms to the maximum extent possible.
5. **Injured covered employee disputes.** If the injured covered employee disputes the medical determination, he/she must request a report from the covered employee's primary treating physician that addresses whether the covered employee falls within any of the conditions set forth in (2)(a) through (2)(d) above. If the treating physician fails to provide the report to the injured covered employee within 20 calendar days of the request, the determination made by the employer or insurer shall apply. Disputes concerning the medical determination made by the treating physician concerning the transfer of care will be resolved pursuant to Labor Code section 4062.
 - a. If the treating physician agrees with the Employer/Insurer's determination that the employee's medical condition does not meet the stated conditions, the transfer of care will go forward during the dispute resolution process.
 - b. If the treating physician disagrees with the Employer/Insurer's determination that the employee's medical condition does not meet the stated conditions, the transfer of care will not go forward until the dispute is resolved.
6. **Treatment outside MPN.** Employer/Insurer may agree to provide medical care with providers outside of the MPN.



RED DE PROVEEDORES MÉDICOS
YMCA OF METROPOLITAN LOS ANGELES

MANUAL DEL EMPLEADO

A todos los empleados:

Su empleador está comprometido con la protección de su bienestar y seguridad en el trabajo. Si bien nuestra máxima preocupación es prevenir las lesiones laborales, en el caso de producirse, el objetivo que tenemos es ayudarlo a que se recupere y se reincorpore a un empleo productivo tan pronto como sea médicamente posible.

Su empleador designó a Athens MPN como la "Red de Proveedores Médicos" [RPM] para el personal. La RPM es una red organizada en torno a proveedores de medicina ocupacional, conforme al programa de indemnización por accidentes de trabajo. La implementación de la RPM se hará a través de la red de proveedores e instalaciones de servicios médicos de la empresa Coventry, entidad que goza de reconocimiento a escala nacional, especializada en medicina ocupacional, atención de discapacidades y administración de costos médicos.

La RPM comprende clínicas y profesionales dedicados a la medicina ocupacional que le brindarán tratamiento médico. El médico ocupacional también coordinará con su empleador la reincorporación al trabajo.

En virtud del programa de la RPM, usted recibirá las siguientes prestaciones:

- médico de atención primaria;
- otros servicios y especialistas relacionados con la medicina ocupacional;
- atención médica de emergencia; y
- atención médica si trabaja o viaja fuera del área geográfica en la cual normalmente se prestan los servicios.

Esta red se organizó para que usted reciba atención médica de calidad y en forma oportuna. Es fácil acceder a la RPM y está aquí para prestarle atención médica de primer nivel y ayudarlo a reinsertarse en una vida sana y productiva.

En el Manual del Empleado de la RPM encontrará la información que necesita en caso de sufrir alguna lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.

ÍNDICE

EL OBJETIVO DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS (RPM)	Página 1
Exclusivamente lesiones y enfermedades cubiertas por el programa de indemnización por accidentes de trabajo	
CÓMO ACCEDER A LA RPM	Página 1
Descripción de servicios	
Informe inmediatamente la lesión sufrida	
Definición de “atención médica de emergencia”	
Cómo seleccionar a un proveedor médico	
Qué hacer si tiene problemas para concertar una cita	
CÓMO CAMBIAR DE PROVEEDORES Y SEGUNDAS/TERCERAS OPINIONES	Página 2
Cómo cambiar de proveedor	
Cómo ser derivado a un especialista	
Procedimiento para procurar las opiniones segunda y tercera	
Cómo obtener una auditoría médica independiente	
FACTURAS POR SERVICIOS MÉDICOS	Página 4
OBJECIONES	Página 4
Qué sucede si mi empleador objeta la lesión que sufro	
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN MÉDICA	Página 5
Qué sucede si su proveedor es excluido de la RPM	
TRASPASO DE LA ATENCIÓN MÉDICA EN CURSO	Página 5
Qué sucede cuando está siendo tratado por una lesión o enfermedad anterior a la cobertura de la RPM	
INFORMACIÓN SOBRE EL COORDINADOR LOCAL	Página 5
INFORMACIÓN SOBRE EL CONTACTO RPM	Página 5

EL OBJETIVO DE LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS

Los trabajadores que sufren lesiones deben recibir atención médica de calidad y de manera oportuna. La Red de Proveedores Médicos (RPM) es una red de médicos y hospitales que tienen sólidos conocimientos sobre la forma de diagnosticar y tratar las lesiones laborales. Estos proveedores se abocan a mejorar su bienestar físico y a posibilitar su reintegro a un trabajo productivo.

La RPM no sólo brinda tratamiento médico, sino que también lo ayudará a que pueda reincorporarse al trabajo después de sufrir una lesión o enfermedad. El objetivo principal de la RPM es ayudar a que los empleados que padecen una enfermedad o sufren una lesión en el trabajo vuelvan a realizar sus tareas de manera segura y lo antes posible. Se le puede asignar una enfermera especialmente capacitada o un especialista vocacional para que trabaje con usted, con su empleador, con su compañía aseguradora y con su médico para ayudarlo a recuperarse y volver a trabajar.

SU RPM sólo debe usarse para las lesiones y enfermedades cubiertas por el plan de indemnización por accidentes de trabajo implementado por su empleador. Si sufre una lesión en el trabajo, a menos que usted haya predesignado un médico o usted haya recibido la autorización de tener tratamiento fuera del RPM usted debe utilizar los médicos, clínicas, hospitales y otros proveedores médicos que forman parte de la RPM.

Por favor, vea en la página siguiente instrucciones específicas sobre la forma de acceder a la RPM.

CÓMO ACCEDER A LA RPM

Su empleador designó a un coordinador local que lo ayudará a usar las prestaciones de la RPM si sufre una lesión o enfermedad laboral. Éste será su primer contacto en caso de que tenga dudas respecto de la RPM o de la cobertura de su plan de indemnización por accidentes de trabajo.

Descripción de servicios

Su empleador es responsable de proporcionar servicios médicos que incluyan:

- un médico personal que atienda dentro de los 30 minutos o 15 millas de distancia de su lugar de residencia o de trabajo;
- otros servicios y especialistas de medicina ocupacional que se encuentren dentro de los 60 minutos o 30 millas de su lugar de residencia o de trabajo;
- acceso a atención médica en áreas rurales;
- atención médica de emergencia; y
- atención médica si trabaja o viaja fuera del área geográfica en la cual normalmente se prestan los servicios.
- El MPN tiene por lo menos tres médicos de cada especialidad esperada para tratar común herido experimentado por empleados heridos basados en el tipo de la ocupación o la industria en la que el empleado es comprometido y dentro de los estándares del acceso.

Informe inmediatamente la lesión sufrida

En caso de emergencia (según se define más adelante), o si es necesario ser tratado en forma urgente, procure atención médica en el hospital o centro de emergencias más cercano. Después de ser atendido, comunique lo sucedido al coordinador local en cuanto sea posible.

Si la lesión o enfermedad laboral que sufre no es una emergencia, dé aviso al coordinador local antes de consultar con el médico.

Si está siendo tratado lejos de su lugar de residencia o de trabajo, debe informar al coordinador local en cuanto regrese a su lugar geográfico habitual. Si debe seguir recibiendo atención médica, el coordinador local le entregará una lista de médicos que forman parte de la RPM.

Definición de "atención médica de emergencia"

Se entienden por "atención médica de emergencia" o "atención de urgencia" la atención médica para un estado de salud que se manifiesta por síntomas agudos cuya gravedad es tal que, en caso de no prestarse atención médica inmediata, sea razonable prever que la salud del paciente corre serios riesgos.

La RPM es EXCLUSIVAMENTE para atender lesiones o enfermedades relacionadas con el trabajo. No debe solicitar tratamientos médicos a la RPM sin informar al coordinador local. Recuerde, si necesita recibir tratamiento de emergencia, diríjase al hospital más cercano. Nunca se demore en procurar tratamiento médico si sufre una lesión o enfermedad grave.

Cómo seleccionar a un proveedor médico

Su empleador debe coordinar la realización de un examen médico inicial y empezar el tratamiento, si corresponde. Pero usted tiene el derecho a ser tratado por un médico de la RPM de su elección después de la primera visita. Como paciente de la RPM, tiene el derecho a consultar con un médico que atienda cerca de su lugar de residencia o de trabajo. Debe informar al contacto RPM si tiene que viajar más de 15 millas o de 30 minutos para ver al médico que lo trata o más de 30 millas o 60 minutos para consultar con un especialista. Si vive en un área rural, Todos servicios estarán disponibles y accesibles en tiempos razonables a todo cubrió a empleados con un lugar de residencia o trabajo más allá de 30 millas de una facilidad de la salud de MPN de un fuera la red, proveedor no contratado.la distancia o el tiempo de viaje puede ser mayor que los parámetros indicados previamente. Las instrucciones que se consignan a continuación lo ayudarán a elegir un médico.

En caso de una situación de emergencia o de ser necesario recibir atención médica de urgencia, diríjase directamente a la sala de emergencias más cercana.

Para casos de atención médica que no son urgentes, haga lo siguiente:

Después de informar su lesión al coordinador local, se le dará el nombre de un doctor para un examen médico inicial y comenzará el tratamiento, si corresponde. Puede continuar siendo tratado por este médico designado después del examen inicial o bien puede elegir otro médico, para lo cual deberá:

1. contactarse con el coordinador local, quien tiene una lista completa de todos los proveedores de la RPM; o
2. solicitar a su empleador la lista de proveedores asignados a su lugar de trabajo.

Qué hacer si tiene problemas para concertar una cita

Si tiene problemas para concertar una cita relacionada con servicios sin urgencia, con un médico de la RPM dentro de los 3 días hábiles o con un especialista de la RPM dentro de los 20 días hábiles, a contar desde el momento en que su empleador recibe la solicitud, debe consultar al contacto RPM, quien trabajará con la RPM para ayudarlo a conseguir la cita en el tiempo previsto.

CÓMO CAMBIAR DE PROVEEDORES Y SEGUNDAS OPINIONES

Cómo cambiar de proveedor

Tiene derecho a cambiar de médico si no está satisfecho con quien lo trata por su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, pero siempre debe recibir tratamiento médico dentro de la RPM. Para obtener una lista regional de área de médicos de MPN, o un directorio completo de proveedores póngase en contacto con el coordinador local.

Cómo ser derivado a un especialista

Si el médico que lo atiende no puede brindarle la atención que necesita para recuperarse, lo derivará a un especialista de la RPM que sea idóneo para tratar la lesión o enfermedad específica que padece. Si el médico de atención primaria le refiere a un especialista que no está incluido en la RPM, usted puede seleccionar un especialista fuera de ésta. Para obtener información sobre la consulta al especialista en su área geográfica, debe ponerse en contacto con el coordinador local, quien le entregará una lista de especialistas afiliados a la RPM que atienden cerca de su lugar de residencia o de trabajo o un directorio completo de proveedores esta disponible si se solicita.

Procedimiento para procurar las opiniones segunda y tercera

Si tiene objeciones respecto del diagnóstico o del tratamiento que le indica el médico que lo atiende, puede obtener una segunda y una tercera opinión de otros médicos que integran la RPM. Mientras dure este proceso, debe continuar su tratamiento con el médico que lo atiende dentro de la RPM o cambiar a otro médico de preferencia dentro de la RPM.

Para obtener una segunda opinión, usted tiene que cumplir con lo siguiente:

1. informar al contacto RPM que no está de acuerdo con la opinión del médico que lo atiende y que solicita una segunda opinión. Puede informar de esto oralmente o por escrito;
2. seleccionar un médico o especialista de la lista de proveedores de la RPM que estén disponibles;
3. concertar una cita con un segundo médico dentro de los 60 días; e
4. informar al contacto RPM la fecha de la cita.

Para obtener una segunda opinión, su contacto RPM tiene que cumplir con lo siguiente:

1. entregarle una lista regional de proveedores y especialistas de la RPM para que seleccione un segundo médico, según la especialidad o experiencia reconocida para tratar la lesión o condición que padece e informarle de su derecho a solicitar una copia de los registros médicos que serán enviados al segundo médico;
2. ponerse en contacto con el médico que lo atiende;
3. antes de la cita, remitir una copia de la historia clínica o enviar los antecedentes médicos necesarios al segundo médico;
4. entregarle a usted una copia de la historia clínica, si la solicita; y
5. notificar por escrito al médico que fue seleccionado para dar una segunda opinión, como así también la naturaleza de la objeción
6. provea una copia de la carta escrita que informe segunda opinion del médico en la disputa del empleado.

Si no coordina una cita con el segundo médico dentro de los 60 días de recibir la lista de proveedores disponibles de la RPM, no podrá obtener esa segunda opinión respecto del diagnóstico o tratamiento en cuestión.

Si, después de analizar su historia clínica, el segundo médico determina que su lesión está fuera del alcance de su especialidad, éste les notificará a usted y a su contacto RPM esta situación, de forma tal que el contacto RPM pueda suministrarle otra lista de proveedores de la RPM.

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento prescripto por este otro médico, puede procurar la opinión de un tercer médico afiliado a la RPM.

Para obtener una tercera opinión, usted tiene que cumplir con lo siguiente:

1. informar al contacto RPM que no está de acuerdo con la opinión del médico que lo atiende y que solicita una tercera opinión;
2. seleccionar un médico o especialista de la lista de proveedores de la RPM que estén disponibles;
3. concertar una cita con un tercer médico dentro de los 60 días; e
4. informar al contacto RPM la fecha de la cita.

Para obtener una tercera opinión, su contacto RPM tiene que cumplir con lo siguiente:

1. entregarle una lista de proveedores y especialistas de la RPM para que seleccione un tercer médico, según la especialidad o experiencia reconocida para tratar la lesión o condición que padece;
2. ponerse en contacto con el médico que lo atiende;
3. antes de la cita, remitir una copia de la historia clínica o enviar los antecedentes médicos necesarios al tercer médico;
4. entregarle a usted una copia de la historia clínica, si la solicita;
5. notificar por escrito al médico que fue seleccionado para dar una tercera opinión, como así también la naturaleza de la objeción; y
6. provea una carta escrita informando la tercera opinión del médico en la disputa del empleado;
7. provea usted una descripción escrita de la revisión del proceso de Auditoría Médica Independiente.

Si no coordina una cita con el tercer médico dentro de los 60 días de recibir la lista de proveedores disponibles de la RPM, no podrá obtener esa tercera opinión respecto del diagnóstico o tratamiento en cuestión.

Si, después de analizar su historia clínica, el tercer médico determina que su lesión está fuera del alcance de su especialidad, éste les notificará dicha situación a usted y a su contacto RPM, de forma tal que el contacto RPM pueda suministrarle otra lista de proveedores de la RPM.

Los médicos que dan las opiniones segunda y tercera deben presentar su dictamen por escrito sobre el diagnóstico o tratamiento cuestionado, e incluir sus alternativas de diagnóstico y recomendaciones de tratamiento, si corresponde. Estos médicos pueden ordenar exámenes de diagnóstico si son necesarios por cuestiones médicas. Una copia del reporte escrito le debe ser entregada a usted, a su empleador y a su médico tratante dentro de los 20 días de la fecha posterior entre el día de la cita o el día en que se reciben los resultados de dichos exámenes. Su empleador le permitirá obtener el tratamiento recomendado en la RPM. Usted puede obtener el tratamiento recomendado cambiando al segundo médico, al tercer médico u a otro médico de la RPM.

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento indicado por el tercer médico, puede presentar una solicitud de auditoría médica independiente ante el director administrativo.

Cómo obtener una auditoría médica independiente

Para poder solicitar una auditoría médica independiente debe contar primero con las opiniones segunda y tercera. Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento indicado por el tercer médico, puede presentar una solicitud de auditoría médica independiente ante el director administrativo.

Para hacerlo, debe presentar la solicitud respectiva al director administrativo de P.O. Box 71010, Oakland, California 94612. Puede solicitar el formulario al contacto RPM. Se le proporcionará una solicitud de AMI en el momento de la selección de una tercera opinión. El director administrativo o la organización encargada de las auditorías médicas independientes le asignará un auditor.

El contacto RPM le entregará al auditor toda la información que se analizó respecto del tratamiento o diagnóstico cuestionado, incluso una copia de:

1. toda la correspondencia enviada y recibida por el médico que lo atiende y que le indicó el tratamiento o hizo el diagnóstico; y
2. la historia clínica completa y otra información utilizada por los médicos para tomar una decisión respecto del tratamiento o diagnóstico cuestionado.

El auditor médico independiente debe realizar un examen físico o una auditoría de registro médico, de acuerdo con su elección. Usted tiene derecho a fijar la fecha de realización del examen, si usted elige que sea en persona.

El revisor médico independiente deberá emitir un informe al Director Administrativo, en contacto con el MPN, el empleado y el empleado del abogado, si lo hubiere, dentro de los 20 días después de que la persona en examen o de la finalización del expediente de revisión. El informe escrito deberá incluir su análisis y determinación de si el servicio de atención de salud se reunió con el estado de guías de tratamiento. Sin embargo, si el revisor certifica la disputa de servicios de salud es una amenaza seria a su salud, el informe debe ser siempre dentro de los tres días del examen.

Si el auditor independiente determina que el servicio de diagnóstico o tratamiento cuestionado cumple con las pautas establecidas por el estado, dicho servicio puede ser prestado por un médico de su elección, ya sea dentro o fuera de la RPM. Su empleador debe hacerse cargo del costo de todo tratamiento médico aprobado.

Facturas por servicios médicos

Todas las facturas por servicios médicos prestados en relación con su lesión o enfermedad laboral, deben enviarse directamente al administrador de reclamos del programa de indemnización por accidentes de trabajo que haya sido designado. La RPM puede revisar los cargos incluidos para garantizar que sean correctos. La compañía aseguradora de indemnización por accidentes de trabajo efectuará el pago al o a los proveedores.

Su aseguradora deberá pagar la compensación por salarios perdidos y otros beneficios a los que tiene derecho en virtud de la Ley de indemnización por accidentes de trabajo del estado de California [*California State Workers' Compensation Act*]. Puede consultar con su empleador todas las dudas que tenga respecto de sus beneficios.

Qué sucede si mi empleador cuestiona la lesión que sufro

Usted tiene derecho a recibir tratamiento, aún en el caso de que su empleador inicialmente cuestione la lesión que sufre. Hasta la fecha en que se rechace el reclamo, la responsabilidad que tiene el empleador por éste se limita a la suma de USD 10.000. Pero tenga en cuenta que esto no quiere decir que se garantiza que usted recibirá atención médica hasta este límite de USD 10.000. El tratamiento puede continuar hasta que el empleador tome la decisión de rechazar su reclamo. Es un médico de la RPM quien debe prestar este tratamiento, a menos que se trate de un caso de emergencia.

Continuidad de la atención médica

En el Anexo I se provee una copia de la política de continuidad de la atención médica implementada por su empleador. Esta política dispone la forma de completar un tratamiento iniciado por un médico que haya sido excluido de la RPM por cuestiones relacionadas con el ejercicio de la medicina.

Un herido cubrió a empleado que es autorizado a trabajar temporalmente o para viajar fuera del área de servicio, tener una elección de por lo menos tres médicos fuera de la área geográfica de MPN de servicio que o ha sido referido por el médico primario de empleado que trata dentro del MPN o ha sido escogido por el solicitante de MPN. Además de los médicos dentro del MPN, el empleado puede cambiar a médicos entre los médicos referido y puede obtener un segundo y tercera opinión de los médicos referidos. Los médicos referidos serán localizados dentro de los estándares del acceso descritos.

Traspaso de la atención médica en curso

Si está siendo tratado por una lesión o enfermedad previa a la cobertura de la RPM; existen ciertas circunstancias en las cuales su empleador dispondrá que termine el tratamiento con su médico. En el Anexo II se consigna la Política de traspaso de atención médica en curso implementada por su empleador.

Asistencia médica - Ex-empleados y empleados que se desplazan fuera del área de cobertura de servicio

Cuando un empleado sufre alguna lesión o contrae alguna enfermedad de poca entidad, relacionada con su trabajo, fuera del área del mismo, deberá informar a su empleador y buscar asistencia profesional en la clínica o centro asistencial más cercano.

En caso de emergencia o urgencia, el empleado deberá buscar asistencia médica en el hospital o centro de emergencia más cercano. De ser posible, el empleado o un representante suyo, deberá informar sobre su lesión / enfermedad dentro de las 24 horas a partir de haber recibido el tratamiento.

Una vez que el empleado lesionado / enfermo regresa a su trabajo, se le brindará asistencia médica a través de la Red de Proveedores Médicos (*MPN, por sus siglas en inglés*). Dicha información se encuentra en el Manual del Empleado del MPN.

Los ex-empleados que reciban indemnización laboral o aquellos empleados que decidan residir temporariamente fuera del área de cobertura de servicio de un MPN, podrán elegir uno de tres médicos que atiendan fuera del área de cobertura, ya sea que hayan sido derivados por el médico del MPN que lo trató en primera instancia o que haya sido designado por el mismo MPN. Además de los médicos incluidos en la Red de Proveedores, el empleado puede cambiar de médico entre los nombrados y obtener una segunda o tercera opinión de otro profesional. Los médicos a ser consultados estarán disponibles de acuerdo a los procedimientos que se detallan en los artículos 3 y 4 en esta sección.

Datos del coordinador local

A continuación se señalan los datos de contacto del coordinador local:

Raul Pineda
4301 W. 3rd St.
Los Angeles, CA 90020
213-351-2258
Cell 562-658-9877
RaulPineda@ymcal.org

Datos del contacto RPM

A continuación se señalan los datos de contacto del RPM:

Athens
P.O. Box 696
Concord, CA 94522
866-482-3535
www.athensmci.com (provider search link)

Política sobre continuidad de la atención médica

Política: El empleador/asegurador notificará a todos los empleados que ingresen al sistema de indemnización por accidentes de trabajo la existencia de documentos escritos referidos a la política sobre continuidad de la atención y la información sobre el proceso para que los empleados soliciten una auditoría en virtud de dicha política, y entregará una copia de la política escrita al empleado que lo solicite.

Procedimiento: 1. Conclusión del tratamiento a cargo de un proveedor que fue excluido de la RPM. A pedido del empleado lesionado, el empleador/asegurador procurará que el proveedor excluido termine de prestar el tratamiento, según se indica en el presente Apéndice.

- a.) El proveedor excluido deberá hacerse cargo de terminar el tratamiento que se administra a un empleado lesionado que, al momento de la rescisión del contrato, estaba siendo atendido por ese proveedor, sujeto a una de las condiciones que se indican en el párrafo 1.(b) a continuación.
- b.) El empleador/asegurador procurará que se termine el tratamiento en las siguientes condiciones, sujeto a la cobertura del sistema de indemnización por accidentes de trabajo:
 - (i) Cuadro agudo. Por cuadro agudo se entiende un estado de salud que implica la aparición repentina de síntomas producidos por una enfermedad, lesión u otro problema de salud que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración limitada de no más de 90 días. El tratamiento se administrará mientras persista el cuadro agudo.
 - (ii) Cuadro crónico grave. Por cuadro crónico grave se entiende un estado de salud debido a una enfermedad u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave y que persiste sin curarse totalmente o se agrava durante un período de tiempo 90 días o que requiere tratamiento permanente para mantener la remisión o evitar el agravamiento. El tratamiento se administrará durante un período de tiempo necesario para completar el curso de tratamiento y para coordinar el traspaso seguro a otro proveedor, según lo determine el empleador/asegurador de acuerdo con el empleado lesionado y el proveedor excluido, siempre ajustándose a las buenas prácticas profesionales. La administración del tratamiento en virtud de este inciso no excederá de los 12 meses desde la fecha de rescisión del contrato.
 - (iii) Enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es un estado incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte del paciente dentro de un año o de un plazo menor. El tratamiento se administrará mientras subsista la enfermedad terminal.
 - (iv) Cirugía u otra práctica. La realización de cirugía u otra práctica que esté autorizada por el empleador/asegurador como parte del curso de tratamiento documentado y que el proveedor haya prescrito y, también, documentado que debe realizarse dentro de los 180 días de la fecha de rescisión del contrato.

2. Condiciones contractuales. El empleador/asegurador puede requerir que el proveedor excluido - cuyos servicios continuarán prestándose con posterioridad a la fecha de rescisión del contrato, conforme a lo dispuesto en la presente sección- acuerde por escrito someterse a las mismas condiciones contractuales que regían su accionar antes de producida la exclusión. Si el proveedor excluido no está de acuerdo en cumplir con este requerimiento o una vez aceptadas no cumple con las condiciones establecidas, el empleador/asegurador no está obligado a continuar con los servicios de este proveedor con posterioridad a la fecha de rescisión del contrato.

3. Retribución. Salvo que el proveedor excluido y el empleador/asegurador acuerden lo contrario, la retribución y forma de pago de los servicios prestados en virtud de lo dispuesto en esta sección serán idénticos a los que el empleador/asegurador aplica a los proveedores con los que mantiene contratos vigentes por la prestación de servicios similares y dentro de la misma o similar área geográfica que el proveedor excluido. El empleador/asegurador no está obligado a continuar los servicios de un proveedor excluido si éste no acepta los honorarios a los que se hace mención en este párrafo.

4. Rescisión por motivos o causas de disciplina médica. Esta política no exige que el empleador/asegurador termine el tratamiento a cargo de un proveedor cuyo contrato con ellos fue rescindido o no renovado por motivos de disciplina médica, según se define en el párrafo (6) del inciso (a) del artículo 805 del Código de Negocios y Profesiones (*Business and Profession Code*), por razones de fraude o de otro delito.

5. Continuidad de la atención médica que excede los requerimientos. Ninguno de los contenidos del presente Apéndice impide que el empleador/asegurador continúe prestando atención más allá de los requisitos aquí establecidos.

6. Reemplazo de la política sobre continuidad de la atención médica. El empleador / asegurador presentará una revisión de la política de continuidad de la atención al director administrativo, si introduce en ella algún cambio sustancial.

7. Resolución de disputa. Después de la determinación del empleador o asegurador del estado médico del empleado lesionado bajo cobertura, el empleador o asegurador notificará al empleado que tiene cobertura de la determinación con respecto a la terminación del tratamiento y si se le solicitará, o no, al empleado que seleccione un nuevo proveedor de la RPM. La notificación será enviada a su domicilio con copia al médico quien preste atención primaria al empleado. La notificación se hará por escrito en inglés y español utilizando términos comprensibles para el empleado.

Si el proveedor de la terminación está de acuerdo en continuar el tratamiento al empleado lesionado que tiene cobertura según el artículo 4616.2 del Código Laboral y si el empleado lesionado está en desacuerdo con la determinación médica, el empleado lesionado puede pedir un informe de su médico de atención primaria que establezca si el empleado se encuentra en cualquiera de los siguientes casos;

- cuadro agudo
- cuadro crónico grave
- enfermedad terminal; o
- realización de cirugía u otra práctica que esté autorizada por el empleador o asegurador como parte del curso de tratamiento documentado y que el proveedor haya recomendado que debe realizarse dentro de los 180 días a partir de la fecha de rescisión del contrato

Si el médico tratante no entrega el informe al empleado asegurado dentro de los siguientes 20 días a partir de la solicitud, quedará en efecto la determinación tomada por el empleador o asegurador.

Si el empleador o asegurador o el empleado lesionado objeta la determinación médica del médico tratante, la disputa con respecto a la determinación médica establecida por el médico tratante con respecto a la continuidad de la atención será resuelta según el artículo 4062 del Código Laboral.

Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del empleador o aquella del asegurador de que el cuadro médico del empleado lesionado no cumple con las condiciones establecidas según el párrafo (3) del inciso (d) del artículo 4616.2 del Código Laboral, el empleado escogerá un nuevo proveedor de la RPM durante el proceso de resolución de la disputa.

Anexo II

Política y procedimiento de la RPM sobre
Traspaso de la atención médica en curso
Fecha de vigencia: 5/19/09
Fecha de revisión: Ninguna
Aprobado: 4/27/05
Página 1 de 2

Política de traspaso de la atención en curso

- Política:** El empleador/asegurador preverá la terminación del tratamiento de empleados lesionados cubiertos que están siendo tratados fuera de la Red de Proveedores Médicos (RPM) a causa de una lesión o enfermedad ocupacional sucedida antes de que tuviera vigencia la cobertura de la RPM. Hasta que el empleado lesionado que tiene cobertura sea transferido a la RPM, el médico del empleado puede remitirlo a proveedores dentro o fuera de la RPM.
- Procedimiento:**
- 1. Terminación del tratamiento dentro de la RPM.** Si un empleado que tiene cobertura está siendo tratado por una lesión o enfermedad ocupacional por un médico o proveedor desde antes de tener la cobertura de la RPM y el médico o proveedor del empleado pasa a integrar la RPM al cual el empleado está asignado, el empleador/asegurador informará al empleado si su tratamiento está siendo prestado por su médico o proveedor según lo dispuesto por la RPM.
 - 2. Finalización de tratamiento dentro del MPN.** Si un trabajador lesionado está siendo tratado por una lesión laboral o enfermedad por un médico o proveedor antes de que la cobertura de un MPN, y los heridos cubiertos del empleado o proveedor médico se convierte en un proveedor dentro del MPN que se aplica al trabajador lesionado, entonces el empleador o una empresa de seguros deberá informar al trabajador y de su médico o proveedor de si su tratamiento está siendo proporcionada por su médico o proveedor de conformidad con las disposiciones del MPN.
 - a. Cuadro agudo. Por estado agudo se entiende un estado de salud que implica la aparición repentina de síntomas producidos por una enfermedad, lesión u otro problema de salud que requiere atención médica inmediata y que tiene una duración de no más de 90 días. El tratamiento se administrará mientras dure el cuadro agudo.
 - b. Cuadro crónico grave. Por estado crónico grave se entiende un estado de salud debido a una enfermedad, lesión catastrófica u otro problema o trastorno de salud de naturaleza grave y que persiste sin curarse totalmente o se agrava durante un período de 90 días o que requiere tratamiento permanente para mantener la remisión o evitar el agravamiento. El tratamiento continuará administrándose durante el período, de hasta un año, necesario para completar un curso de tratamiento aprobado por el empleador/asegurador y para disponer el traspaso a otro proveedor dentro del RPM, según lo determine el empleador/asegurador. El período de un año para terminar el tratamiento se cuenta a partir de la fecha en que el empleado lesionado que tiene cobertura reciba notificación de la determinación de que el empleado padece un cuadro crónico grave.
 - c. Enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es un estado incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de causar la muerte del paciente dentro de un año o de un plazo menor. El tratamiento se administrará mientras se prolongue la enfermedad terminal.
 - d. Cirugía u otra práctica. La realización de cirugía u otra práctica que esté autorizada por el empleador/asegurador como parte del curso de tratamiento documentado y que el proveedor haya prescripto y, también, documentado que debe realizarse dentro de los 180 días de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la RPM.
 - 3. Traspaso a la RPM.** Si la lesión o en enfermedad del empleado no cumple con las condiciones establecidas en los párrafos (2) (a) a (2) (d) precedentes, el empleador/asegurador puede traspasarlo a la RPM para que reciba tratamiento médico.

4. Notificación al empleado que tiene cobertura. Si el empleador/asegurador toma la determinación de transferir al empleado lesionado que tiene cobertura a la atención médica de la RPM, el empleador o asegurador notificará al empleado a su domicilio, y enviará una copia de la carta de la determinación con respecto a la rescisión del tratamiento y la decisión de transferir la atención médica a la RPM. La notificación será enviada al médico personal de dicho empleado. La notificación se cursará por escrito en inglés y español y utilizará dentro de lo posible términos comprensibles para el empleado.

5. Cuestionamientos del empleado lesionado que tiene cobertura Si el empleado lesionado que tiene cobertura cuestiona la determinación médica, debe solicitar un informe del médico personal que lo atiende, en la cual se indique si dicho empleado se encuadra dentro de alguna de las condiciones establecidas en los párrafos (2) (a) a (2) (d) precedentes. Si el médico tratante no entrega el informe al empleado lesionado que tiene cobertura en los siguientes 20 días a la solicitud, tendrá efecto la determinación tomada por el empleador o asegurador. Los cuestionamientos respecto de la determinación médica tomada por el médico que trata al empleado en cuanto al traspaso de la atención, se resolverá según lo dispuesto en el artículo 4062 del Código Laboral.

- a. Si el médico que trata al empleado está de acuerdo con la determinación del empleador/asegurador de que el cuadro médico del empleado no satisface las condiciones establecidas, el traspaso de la atención proseguirá durante el proceso de resolución de la disputa.
- b. Si el médico que atiende al empleado no está de acuerdo con la determinación del empleador/asegurador de que el cuadro médico del empleado no satisface las condiciones establecidas, el traspaso de atención no procederá hasta tanto la disputa se resuelva.

6. Tratamiento fuera de la RPM. El empleador/asegurador puede acordar prestar atención médica con proveedores fuera de la RPM