

Company Name: _____
Store #: _____
Address: _____

WORKERS' COMPENSATION NETWORK

CA MPN EMPLOYEE ACKNOWLEDGMENT

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

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

RED DE COMPENSACION DE TRABAJADORES

CA MPN - RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

He recibido la informacion que me explica como obtener atencion medica bajo la CA MPN para las lesiones de compensacion de los trabajadores. Si me lastimo en el trabajo, entiendo que:

1. Debo elegir un medico tratante de la lista de medicos de la red MPN. O, podre hacer una designacion previa de mi medico personal si este esta de acuerdo para servir como mi medico tratante, y notifico a mi empleador por escrito antes de mi lesion.
2. Tengo que ir a mi medico de cabecera para todo el cuidado medico de mi lesion. Si necesito un especialista, mi medico tratante me referira. Si necesito atencion de emergencia, podre ir a cualquier lugar.
3. Puede que tenga que pagar la factura si obtengo atencion medica de alguien que no sea un medico de la red sin la aprobacion de la red.

EMPLOYEE INFORMATION / INFORMACION DEL EMPLEADO

Employee Name / Nombre: _____
Street Address / Direccion: _____
City / Ciudad: _____ **State / Estado:** _____
ZIP Code /Codigo Postal: _____

ACKNOWLEDGMENT / RECONOCIMIENTO

By signing below, I acknowledge receipt of the CA MPN information described above. Al firmar a continuacion, reconozco que he recibido la informacion de la CA MPN descrita anteriormente.

Employee Name: _____
Employee Signature: _____
Date: _____