

WORKERS' COMPENSATION DOCUMENTS
Receipt – Proof of Service
MPN ID #2376– LWP Claims Solutions Platinum MPN

I **acknowledge** that I have received the following workers' compensation documents:

- Pre-Designation Notice
- Medical Provider Network (MPN) Information
- Medical Access Assistant (MAA) Notice

DOCUMENTOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR
Formulario de Reclamo de Compensación para Trabajadores
MPN ID #2376– LWP Claims Solutions Platinum MPN

Reconozco que he recibido los documentos de compensación al trabajador siguiente:

- Pre-designación de doctor
- Notificación de la Red de Proveedores Médicos (MPN)
- Aviso Suplementario Acceso de Asistencia Medica (MAA)

Do not cut form

Employee Name /
Su Nombre:

SS#:

Address /
Dirección:

City, St, Zip /
Ciudad, St, Zip:

Date of Hire /
Fecha de alquiler:

Date of Birth /
Fecha de nacimiento:

Signature / Firma: X

Date / Fecha: _____

Please provide address of record where we can send you important information as it pertains to your employment with your employer.

Por favor proporcione la dirección del expediente donde podemos enviarle la información importante mientras que pertenece a su empleo con su empleador.

MPN ID #2376– LWP Claims Solutions Platinum MPN

ENGLISH

Your employer has a Medical Provider Network (MPN) to treat work-related injuries. Unless you have properly pre-designated a physician or medical group prior to an injury, any new work-related injuries will be treated by providers in the Medical Provider Network. **If you have properly pre-designated a primary treating physician, you cannot be transferred into the MPN.**

If you have an existing injury, you may be required to change treatment to a provider in the new MPN. Please discuss this with your claims professional

You may obtain more information about your rights and obligations within the MPN from the workers' compensation poster at your worksite or from your employer. You can access the MPN listing www.lwpclaimsplatinummpn.com

SPANISH

MPN ID #2376– LWP Claims Solutions Platinum MPN

Notificación de Implementación del MPN

La empresa tiene una Red de Proveedores Médicos (MPN) para tratar las lesiones relacionadas al trabajo. Al menos que usted haya designado un médico o un grupo médico para una lesión anterior, una nueva será tratada por proveedores de la nueva Red de Proveedores Médicos. **Si usted apropiadamente ha designado previamente un médico para atenderlo, usted no puede ser transferido a la MPN.**

Si usted tiene una lesión actual puede que a usted le se requiera cambiar su tratamiento a un proveedor del nuevo MPN. Usted puede tratar esto con su administrador de reclamos. Usted puede obtener más información sobre sus derechos y obligaciones dentro del MPN en la empresa o en el poster de compensación al trabajador en su localidad de trabajo. Puede encontrar la red www.lwpclaimsplatinummpn.com

Medical Access Assistant (MAA)
LWP Claims Solutions Platinum MPN ID# 2376

The Medical Access Assistant has the primary duty to assist with finding available Medical Provider Network physicians and with scheduling provider appointments. The MAA shall be available Monday through Saturday from 7AM to 8PM (PST). The MAA will contact the physician during normal business hours to schedule your appointment. The MAA does not have authority to authorize treatment and has different duties than the claims adjuster.

LWP Medical Access Assistant
Toll free number (855) 622-6474
E-mail: LWPMAA@snp-plus.com
Fax #: (714) 892-4825

To check the website you may go to www.lwpclaimsplatinummpn.com

Acceso de Asistencia Médica (MAA)
LWP Claims Solutions Platinum MPN ID# 2376

La Asistencia al Acceso Médico tiene la obligación primordial de ayudar a encontrar a los médicos de la red de proveedores médicos disponibles, y con la programación de las citas con los proveedores.

El MAA estará disponible de lunes a sábado desde las 07 a.m. hasta las 8 p.m. (hora del Pacífico). La MAA se comunicará con el médico durante el horario de oficina para programar su cita. El MAA no tiene autoridad para autorizar el tratamiento y tiene diferentes funciones que el ajustador de reclamos.

LWP Acceso de Asistencia Médica
Número sin costo (855) 622-6474
Correo Electrónico: LWPMAA@snp-plus.com
Fax # (714) 892-4825

Para revisar la página web puede ir a www.lwpclaimsplatinummpn.com

DWC FORM 9783 (February 12, 2014) PREDESIGNATION OF PERSONAL PHYSICIAN

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

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

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

EMPLOYEE	
You (the employee) sign this section.	
Employer Employee Name*	_____
SS#*	____-____-____
(Alternate ID)	_____
Date of Hire	_____
Date of Birth	_____
Address	_____
City	_____
St, Zip	_____
In the event of any on-the-job, work-related injury, I request that I be treated by my personal physician.	
Signature	X _____
Date	_____

PHYSICIAN	
We cannot process this form without the fields marked bold with an asterisk.	
Please PRINT clearly.	
Physician First Name*	_____
Physician Last Name*	_____
Street Address* of the physician's practice	_____
City*	_____
St, Zip*	_____
Telephone Number of the physician's practice	(____) ____ - ____ - ____
Group Name:	_____
CA License	_____
I agree to this Pre-designation:	
Physician Signature	X _____
Date of Acceptance	_____

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

Completed forms should be returned to your employer

DWC FORMA 9783 (12 de Febrero 2014) PREDESIGNACION DE DOCTOR PERSONAL

En caso que usted tenga una lesión o enfermedad relacionada con su empleo, usted puede ser tratado por dicha lesión o enfermedad por su doctor personal (M.D.) o doctor en medicina de osteopatía (D.O.) en caso que:

- En la fecha de su lesión de trabajo que tiene la cobertura médica para las lesiones o enfermedades que no están relacionadas con el trabajo;
- el doctor es su médico regular, el cual sea ya un doctor quien ha limitado su práctica a la medicina general o el cual es certificado por la mesa directiva o internista elegible con la mesa directiva, pediatra, obstétrico - ginecólogo, o de practica familiar, y ha sido su doctor previamente y tiene su expediente médico;
- su "doctor personal" puede ser un grupo medico si este es una corporación o asociación compuesta de doctores con licencia de medicina u osteopatía, el cual opera un grupo medico integrado de multiespecialidades proveyendo servicios médicos comprendidos predominantemente de enfermedades o lesiones que no son de carácter ocupacional;
- anteriormente a su lesión su doctor haya acordado tratarlo a usted por lesiones de trabajo o enfermedad;
- anteriormente a su lesión usted proveyó a su patrón lo siguiente por escrito: (1) notificación de que usted desea que su doctor personal lo trate por una lesión o enfermedad relacionada a su trabajo, y (2) el nombre y la dirección de su doctor personal.

Usted puede usar esta forma para notificar a su patrón si usted desea tener a su médico personal o un doctor de medicina en osteopatía para que le traten por una lesión o enfermedad relacionada con y las susodichas exigencias equivalgan

<p>EMPLEADO</p> <p>El empleado debe firmar esta sección.</p> <p>Empleador: _____ Nombre Del Empleador:* _____</p> <p>SS#* _____ XXX-XX-</p> <p>(Alternate ID) _____</p> <p>Fecha de alquiler: _____ Fecha de nacimiento: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Cuidad: _____</p> <p>Estado/Zona _____</p> <p>En caso de sufrir accidente en el trabajo, pido ser atendido por mi médico familiar como se indica a continuación:</p> <p>Firma _____ X</p> <p>Fecha _____</p>	<p>MÉDICO</p> <p>No podemos procesar esta forma sin los campos marcamos en negrilla con un asterisco.</p> <p>Please PRINT clearly.</p> <p>Médico primer nombre* _____</p> <p>Médico ultimo nombre* _____</p> <p>Dirección de oficina* _____</p> <p>Cuidad* _____</p> <p>Estado/zona* _____</p> <p>Número De Teléfono () - _____</p> <p>Nombre de grupo: _____</p> <p>Licencia de CA# _____</p> <p>I agree to this Pre-designation:</p> <p>Firma: _____ X</p> <p>Fecha de aceptación: _____</p>
--	--

No se requiere que el médico firme esta forma, sin embargo, si el médico o el empleado designando el médico no firman, otra documentación del acuerdo del médico para ser pre designado será requerida de acuerdo con el Título 8, Código de Regulaciones de California sección 9780.1 (a) (3).
Llenada el formulario se deben volver a su empleado