

## NOTIFICACIÓN DE Red de Proveedores Médicos (MPN)

Fecha: \_\_\_\_\_

### A todos los empleados:

Ha cambiado nuestra compañía de compensación de trabajadores. Por favor leen la siguiente información, firman y devuelven este formulario a \_\_\_\_\_ tan pronto como sea posible.

El MPN; ya no se utiliza para las lesiones de trabajo derivadas después. No se puede seguir utilizar este MPN para obtener atención para lesiones de trabajo posteriores a esta fecha. Puede obtener más información como \_\_\_\_\_.

Para nuevas lesiones que se producen cuando usted no está cubierto por un MPN, usted tiene derecho a elegir a su médico 30 días después de que notifique a su empleador de su lesión.

A menos que se predesigne un médico o un grupo médico, sus nuevas lesiones de trabajo derivadas en o después del \_\_\_\_\_ serán tratadas por los proveedores en una nueva red de proveedor médico; "La atención de Occidente proveedor red médica." Si tienes una lesión existente, puede exigirse para continuar la asistencia en el MPN previa o cambiar a un proveedor en el MPN nuevo, consulte con su ajustador de reclamos. Puede obtener más información acerca de la MPN de oeste de cuidado el MPN, P.O. Box 277550  
Sacramento, Ca. 95827 teléfono: 916 605-5197, o 866 849-4344. [www.carewestins.com](http://www.carewestins.com)

reconozco que he recibido y entendido la información anterior.

FIRMAR: \_\_\_\_\_

FECHA: \_\_\_\_\_

FE: \_\_\_\_\_

(Empleador Asegúrese mantener una copia de sus registros y dar una copia al empleado)