

MPN - RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO

Fecha: _____

Estimado Empleado:

Por favor lea la siguiente información, firmar y devolver este formulario a _____ tan pronto como sea posible.

A menos que se predesignate un médico o un grupo médico, sus nuevas lesiones de trabajo derivados 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

_____ reconozco que han recibido y entender la información anterior.

FIRMAR: _____

FECHA: _____

FE: _____

(Por favor Conserve una copia para sus archivos)