

**EMPLOYEE ACKNOWLEDGEMENT OF THE
MEDICAL PROVIDER NETWORK**

In order to provide the most timely and suitable quality medical care in the event of an injury on the job, we have instituted a Medical Provider Network for Workers' Compensation.

The following procedures must be followed for all work related injuries and illnesses.

- Report promptly any work related injury to the supervisor.
- For a referral to a medical provider specialist, contact your employer or claims adjuster.
- Ensure all medical treatment is handled only through the MPN (Medical Provider Network) unless otherwise authorized.
- Direct all questions about the level of care to the PCP (Primary Care Physician), who is the focal point for all medical treatment.
- A directory of medical care providers is available at my request through my employer.

Please sign below to indicate that you have read and understand the procedures to follow in the event of an injury and your duties under our Medical Provider Network.

Print Name

Date

Employee Signature

Employer

Employee Number

A COPY OF THE MPN DIRECTORY IS AVAILABLE FROM YOUR EMPLOYER OR ADJUSTER UPON YOUR REQUEST.

**RECONOCIMIENTO DEL EMPLEADO DE LA
MEDICAL PROVIDER NETWORK**

Para brindar atención médica de la más rápida y de apropiada calidad en el evento de una lesión ocasionada en el trabajo, hemos instituido una Red de Proveedores Médicos para Compensación Laboral.

Los procedimientos siguientes deben ser seguidos para todas las lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo.

- Reporte inmediatamente a su supervisor cualquier lesión ocasionada en el trabajo.
- Para una referencia a un médico especialista, comuníquese con su empleador o ajustador de reclamos.
- Cerciórese que todo tratamiento médico sea manejado únicamente por la MPN (Red de Proveedores Médicos), a menos que de otro modo autorizado
- Dirija toda pregunta sobre el nivel de cuidado al PCP (Primary Care Physician – Médico de Cabecera), quien es el punto de referencia para todo tratamiento médico.
- Un directorio de proveedores de cuidado médico está disponible al solicitarlo a través de mi empleador.

Por favor firmar abajo para indicar que usted ha leído y entendido los procedimientos que se siguen en el evento de una lesión y sus responsabilidades bajo nuestra Red de Proveedores Médicos.

Nombre en Imprenta

Fecha

Firma del Empleado

Empleador

Número del Empleado

UNA COPIA DEL DIRECTORIO DE LA MPN ESTA DISPONIBLE DE SU EMPLEADOR O AJUSTADOR AL SOLICITARLO.

