

Employee MPN Notice

July 1, 2010

RE: NOTICE OF NEW WORKERS' COMPENSATION PROGRAM

Dear Employee:

Your employer has implemented a Medical Provider Network (MPN), effective **7-01-10** for any workers' compensation claims.

What is a Medical Provider Network (MPN)?

Your employer uses First Health CompAmericaSM HCO Network or "First Health" whose network has been approved by the State under your employer's MPN. In the event that you need medical care for a workers' compensation claim, it is likely that you will receive this care from providers within the MPN.

Choosing and/or locating MPN providers:

The following person is the **MPN Contact** for all employees:

*(Sharon Bartholomew
P.O. Box 7007
LaHabra, CA, 90632-7007
Toll Free - 800-221-5473 ext. 41050
Or
John Alley
P.O. Box 8116
Pleasanton, CA 94588-8702
Toll Free - 877-809-9478 ext. 28455)*

The MPN contact will be able to answer your questions about the MPN and tell you how to receive or access the names of the providers in the MPN. There are several methods for locating MPN providers. You may:

- contact your Claim Handler at **1-800-221-5473 x 41130**;
- call our Network Referral Unit at 866-880-1777, Option 4;
- log on to our website at: **www.talispoint.com/srs**

You have the right to request a complete provider listing as set forth in Title 8 CCR §9767.12(a)(3).

If you have a work-related injury or illness:

In an emergency, call 911 or go to the nearest emergency medical center as soon as possible. For non-emergency situations, you may use either your pre-designated¹ physician or contact your employer to find out where they would like you to go for your initial medical evaluation. For non-emergency treatments within the MPN, an appointment shall be scheduled within three (3) business days of your request for an initial visit.

If you require additional services beyond your initial visit, you may use any provider, appropriate to your injury, within the MPN. You will be provided with, at a minimum, a regional area listing of all MPN providers within a 15 mile radius of your worksite or residence.

The MPN has primary treating providers available within 15 miles or 30 minutes; or, specialty care providers within 30 miles or 60 minutes from your work or residence. Access to such subsequent care shall be available within no more than twenty (20) business days. If your primary treating physician refers you to a specialist type that is not available within the MPN, you may select a specialist outside of the MPN. The MPN must have at least three physicians of each specialty expected to treat common injuries experienced by injured employees based on the type of occupation or industry in which the employee is engaged. If there is not a particular specialist available within the MPN in your area, please contact the MPN Contact or your Claim Handler. You may have the right to see a specialist outside of the MPN in this case.

In the event you reside in a rural service area with unreasonably restrictive access, in accordance with standards in Title 8 CCR §9767.5, SRS will agree to allow treatment with a non-network provider for non-emergency and emergency care. Restrictive access includes rural areas where health facilities are located at least 30 miles apart, as fully defined in Title 8 CCR §9767.5 (d). The alternative standards shall provide that all services shall be available and accessible at reasonable times to all covered employees.

If you are working outside of California and experience a work related injury or illness, contact your employer. For emergency care, call 911 or go to the nearest health care provider for medical treatment. If you need assistance locating a physician or if the physician you select needs authorization to provide care, contact the MPN Contact or your Claim Handler and we will assist you. Upon your return to California, if you require ongoing medical care, immediately contact your Claim Handler or your employer for referral to an MPN provider for continued care.

If you relocate outside of California permanently and experience ongoing problems with your existing work related injury or illness, you may select a new provider to provide ongoing care or you may contact your Claim Handler for assistance in locating a new MPN provider in your new location. If your relocation or move is temporary, upon your return to California, should you require ongoing medical care, immediately contact your

¹ You may not pre-designate your personal provider if your employer does not offer a group health plan.

Claim Handler or your employer so that arrangements can be made to return you to your prior MPN provider or, if necessary, for assistance in locating a new MPN provider for continued care.

You may change physicians within the MPN at any time as long as the provider is appropriate to treat your injury. Please notify your Claim Handler if you will be changing providers and/or if you are having trouble getting an appointment with a provider within the MPN.

Transfer of Care if your provider is not a member of the MPN:

If you already have a workers' compensation claim at the time you receive this notice, please contact your Claim Handler. You will receive a letter advising you on whether you can continue treatment with your current provider or whether you must select a new provider within the MPN. This letter will be sent to your residence and a copy will be sent to your primary treating physician. The notification will be written in both English and Spanish in lay terms to the maximum extent possible. If you dispute the medical determination, your primary treating physician has twenty (20) calendar days following your request to issue a report addressing the condition or transfer of care. You, your employer or your insurer have the right to object to the primary treating physician's report and the dispute will be resolved in accordance with California Labor Code 4062. You may qualify to continue treatment with your current provider, including injured covered employees who pre-designated a physician and do not fall within the Labor Code section 4600(d), for the following conditions:

1. An acute condition. An "acute condition" is defined as a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a duration of less than ninety (90) days.
2. A serious chronic condition. A "serious chronic condition" is defined as a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over a period of time of at least ninety (90) days or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration.
3. A terminal illness. A "terminal illness" is defined as an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less.
4. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by The Hartford/SRS as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within one hundred eighty (180) days of the MPN coverage date as set forth in 8 CCR §9767.9 (e) (4).

A copy of this Transfer of Care Policy shall be provided to you upon request to your Claim Handler.

Terminated MPN Providers and Continuity of Care:

If your physician terminates from the MPN, your Claim Handler will advise you on your options for continued treatment as approved under The Hartford/SRS' Continuity of Care

Plan. In some instances, if your condition is acute, serious or chronic, a terminal illness or for a scheduled surgery or procedure that will occur within one hundred eighty (180) days and the terminated provider agrees, the terminated physician may continue to treat you through the Hartford/SRS' Continuity of Care Plan. Please see the definition of these conditions below. If you are receiving treatment from a terminated provider who has not terminated for disciplinary reasons, fraud or criminal activity, we will notify you and your treating provider of our decision whether or not you will be required to select a new provider from within the MPN or continue treating with the terminated provider. The notification will be written in both English and Spanish in lay terms to the maximum extent possible. If you dispute the medical determination, your primary treating physician has twenty (20) calendar days following your request to issue a report addressing the condition or transfer of care. You, your employer or your insurer have the right to object to the primary treating physician's report and the dispute will be resolved in accordance with California Labor Code 4062. If you dispute our medical determination, you shall request a report from the primary treating physician that addresses whether your condition is acute, serious or chronic, a terminal illness or for a scheduled surgery or procedure that will occur within one hundred eighty (180) days. The treating physician must provide the report within twenty (20) calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the report, then the medical determination made by The Hartford/SRS applies. A copy of this Continuity of Care Plan shall be provided to you upon request to your Claim Handler. Please contact your Claim Handler for questions.

1. An acute condition. An "acute condition" is defined as a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a duration of less than ninety (90) days.
2. A serious chronic condition. A "serious chronic condition" is defined as a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over a period of time of at least ninety (90) days or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration.
3. A terminal illness. A "terminal illness" is defined as an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less.
4. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by The Hartford/SRS as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within one hundred eighty (180) days of the MPN contract termination date as set forth in Labor Code Section 4616.2(d)(3).

Obtaining Authorization Prior To Treatment for Subsequent Care:

Your treating physician must obtain prior authorization for services by calling The Hartford/SRS. We will review your physician's treatment plan and render a

recommendation. You, your Claim Handler and physician will receive a copy of the review recommendation.

If your treatment is non-certified, you may request an appeal by following the Appeal instructions attached to the non-certification notice.

Requests For A Second Or Third Opinion:

In the event you dispute the diagnosis or treatment prescribed by your treating physician, you may request another opinion. Under the MPN, you may request up to two additional opinions from other MPN physicians. To file a dispute, you should submit the objection in writing, by phone, fax or e-mail to your Claim Handler. Your employer or your employer's insurer will provide a regional area listing for the second and third opinion MPN physicians. If either the second or third opinion physician determines that our injury is outside his or her scope of practice, the second or third opinion physician will notify your employer or your employer's insurer. Then your employer or your employer's insurer will provide you with a new list of MPN providers. You are allowed to obtain the recommended treatment within the MPN by changing physicians to the second or third physician or other MPN physician. Your Claim Handler will assist you in setting up a medical evaluation with the physician you have selected from the list of MPN physicians we have provided you. You must make an appointment with the physician you select from the MPN list within sixty (60) days of your selection. If you do not make an appointment within sixty (60) days, you will not be allowed to have a second or third opinion, as the case may be, with regard to this disputed diagnosis or treatment of this treating physician. You must tell your Claim Handler of the appointment date. You have the right to request a copy of the medical records that will be sent to the second and third opinion MPN physicians. At the time of the selection of the physician for a third opinion, your Claim Handler will notify you about the Independent Medical Review process and provide you with an application for the Independent Medical Review process.

For any general questions relating to the MPN, locating MPN providers, Continuity of Care Plan or Transfer of Care Plans, please contact ***Gregg Medley*** at ***1-800-221-5473 x41130 or 714-674-1130 Fax 714-674-4605.***

Sincerely,

Employer Representative
Steve Troli

NOTIFICACIÓN AL EMPLEADO

REF.: AVISO DE NUEVO PROGRAMA DE COMPENSACIÓN LABORAL

Estimado/a empleado/a:

Su empleador ha implementado una Red de Proveedores Médicos (Medical Provider Network, MPN), vigente desde el **7-01-10** para toda reclamación de compensación laboral.

¿Qué es una Red de Proveedores Médicos (MPN)?

Su empleador utiliza a First Health CompAmericaSM (**Primary or Select**) HCO Network (or “First Health (**Primary or Select**)”), cuya red ha sido aprobada por el Estado bajo la MPN. En caso de que usted necesite atención médica por una reclamación de compensación laboral, es probable que reciba esta atención de uno de los proveedores que integran la MPN.

Elección y/o ubicación de proveedores de la MPN:

La siguiente persona es el **Contacto de la MPN** para todos los empleados:

*(Sharon Bartholomew
P.O. Box 7007
LaHabra, CA, 90632-7007
Toll Free - 800-221-5473 ext. 41050
Or
John Alley
P.O. Box 8116
Pleasanton, CA 94588-8702
Toll Free – 877-809-9478 ext. 28455)*

El Contacto de la MPN podrá responder a sus preguntas acerca de la MPN y le indicará cómo recibir o tener acceso a los nombres de los proveedores de la MPN. Hay varios métodos para ubicar a proveedores de la MPN. Usted puede:

- comunicarse con el Contacto de la MPN indicado arriba;
- llamar a nuestra Unidad de Derivación a la Red al 866-880-1777. opción 4; o
- ingresar a nuestro sitio web en: www.talispoint.com/srs

Usted tiene el derecho de pedir una lista completa de proveedores de acuerdo al Título 8 CCR §9767.12(a)(3).

Si usted tiene una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo:

En una emergencia, llame al 911 o vaya al centro médico de emergencia más cercano y después notifique a su supervisor tan pronto como sea posible. Para situaciones que no sean de emergencia, usted puede recurrir a su médico predesignado¹ o consultar con su empleador para averiguar a dónde quiere que usted se dirija para su evaluación médica inicial. Para tratamientos que no sean de emergencia dentro de la MPN, se fijará una cita para su consulta inicial dentro de los 3 días hábiles de su solicitud.

Si necesita servicios adicionales más allá de su consulta inicial, usted puede recurrir a cualquier proveedor, adecuado para su lesión, dentro de la MPN. Usted será proveído, como mínimo, de un listado regional de todos los proveedores MPN que se encuentren a 15 millas a la redonda de su lugar de trabajo o vivienda.

La MPN tiene disponibles proveedores tratantes primarios dentro de las 15 millas o 30 minutos de su lugar de trabajo o residencia, o proveedores de atención especializada dentro de las 30 millas o 60 minutos de los mismos lugares. El acceso a tal atención subsiguiente estará disponible dentro de no más de 20 días hábiles. Si su médico tratante primario le deriva a un tipo de especialista que no esté disponible dentro de la MPN, usted puede elegir un especialista fuera de la MPN. La MPN debe tener por lo menos tres médicos de cada especialidad necesaria para el tratamiento de lesiones comunes de los empleados basado en el tipo de ocupación o industria en la cual estos se desempeñen. Si en su área no hay un determinado especialista disponible dentro de la MPN, comuníquese con su Contacto de la MPN. En este caso, usted puede tener derecho a ver un especialista de fuera de la MPN.

En caso de que usted resida en un área de servicio rural de acceso restringido irrazonable, de acuerdo a los estándares en el título 8 CCR Sección 9767.5, SRS estará de acuerdo en permitir tratamiento a través de un proveedor fuera de la red para cuidados de urgencias, al igual de casos que no sean una urgencia. Acceso restringido incluye áreas rurales donde los proveedores de servicio de salud están localizados a por lo menos 30 millas de distancia, tal como se define en el Título 8 CCR Sección 9767.5 (d). Los estándares alternativos deberán proveer que todos los servicios estén disponibles y que tengan acceso a horas razonables para todos los empleados bajo esta cobertura.

Si usted está trabajando fuera de California y sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, comuníquese con su empleador. Por atención de emergencia, llame al 911 o solicite tratamiento en el proveedor de atención de salud más cercano. Si necesita ayuda para ubicar a un médico o si el médico que eligió necesita autorización para suministrar atención médica, comuníquese con la Unidad de Derivación a la Red de The Hartford/SRS (Network Referral Unit) en el 866-880-1777, opción 4 y le ayudaremos. A su regreso a California, si necesita continuar con su atención médica, comuníquese inmediatamente con su Gestor de reclamaciones o con su empleador para que le deriven a un proveedor de la MPN para continuar con su atención.

¹ Usted no puede designar previamente a su proveedor personal si su empleador no ofrece un plan de salud grupal.

Si usted se traslada fuera de California en forma permanente y tiene problemas continuos con su actual lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede elegir un nuevo proveedor para que le brinde atención continua, o puede comunicarse con su Encargado de Reclamos para que le ayude a encontrar un nuevo proveedor de la MPN en ese lugar. Si su reubicación o mudanza es temporaria, y si requiere continuar la atención médica una vez que esté de vuelta en California, comuníquese inmediatamente con su Gestor de reclamaciones o con su empleador, para que se pueda arreglar su regreso a su proveedor anterior de la MPN o, si es necesario, ayudarle a localizar un nuevo proveedor de la MPN para seguir con su atención.

Usted puede cambiar de médico dentro de la MPN en cualquier momento mientras el proveedor sea adecuado para el tratamiento de su lesión. Avísele al Gestor de reclamaciones si va a cambiar de proveedor y/o si tiene dificultades para obtener una cita con un proveedor de la MPN.

Transferencia de Atención si su proveedor no es miembro de la MPN:

Si usted ya tiene una reclamación de compensación laboral en el momento de recibir este aviso, comuníquese con su Gestor de reclamaciones. Recibirá una carta donde se le indicará si puede continuar el tratamiento con su proveedor actual o si debe elegir un nuevo proveedor dentro de la MPN. Usted recibirá esta carta en su residencia y se enviará una copia a su médico de atención primaria. La notificación se redactará en inglés y en español y, en lo posible, en lenguaje simple. Si usted objeta la determinación médica, su médico de atención primaria tiene veinte (20) días calendario a partir de la fecha de su solicitud para preparar un informe sobre la afección o la transferencia de la atención. Usted o su empleador o asegurador tienen derecho a oponerse al informe del médico de atención primaria y la disputa se resolverá de acuerdo con el Código Laboral 4062 de California.

Usted puede calificar para continuar tratamiento con su proveedor actual, incluyendo empleados lesionados con cobertura que hayan pre-designado a un medico y que no caen dentro del Código Laboral 4600(d), para las siguientes condiciones:

1. Una afección aguda. Una “afección aguda” se define como una afección médica que implica la aparición súbita de síntomas debidos a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere rápida atención médica y tiene una duración inferior a 90 días.
2. Una afección crónica grave. Una “afección crónica grave” se define como una afección médica debida a una dolencia, enfermedad u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave y que persiste sin una cura completa o empeora por un período de por lo menos 90 días o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o impedir un deterioro.
3. Una enfermedad terminal. Una “enfermedad terminal” se define como una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte dentro de un año o menos.
4. La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por The Hartford/SRS como parte del curso de un tratamiento documentado que ha sido recomendado y documentado por el proveedor como ocurrido en un

plazo de 180 días a partir de la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la MPN.

A solicitud de su Gestor de reclamaciones, se le suministrará a usted una copia de esta Política de Transferencia de Atención.

Rescisión de proveedores de la MPN y Continuidad de la Atención:

Si su proveedor es rescindido de la MPN, su Gestor de reclamaciones le aconsejará acerca de sus opciones para continuar con su tratamiento en las condiciones aprobadas por el Plan de Continuidad de la Atención de The Hartford/SRS. En algunos casos, si su afección es aguda, grave o crónica, es una enfermedad terminal o se trata de una operación o procedimiento ya fijado para realizarse dentro de los 180 días, el proveedor que ya no forma parte de la red puede continuar su tratamiento por el Plan de Continuidad de la Atención de The Hartford/SRS. Consulte la definición correspondiente a estas afecciones a continuación. Si usted recibe tratamiento de un proveedor que ya no forma parte de la red, pero que no haya sido rescindido por razones disciplinarias, fraude o actividad criminal, le notificaremos a usted y a su proveedor tratante nuestra decisión acerca de si se le pedirá o no a usted que elija un nuevo proveedor dentro de la MPN o si puede seguir el tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red. La notificación se redactará en inglés y en español y, en lo posible, en lenguaje simple. Si usted objeta la determinación médica, su médico de atención primaria tiene veinte (20) días calendario a partir de la fecha de su solicitud para preparar un informe sobre la afección o la transferencia de la atención. Usted o su empleador o asegurador tienen derecho a oponerse al informe del médico de atención primaria y la disputa se resolverá de acuerdo con el Código Laboral 4062 de California. Si usted no está de acuerdo con nuestra decisión médica, deberá solicitar un informe del médico tratante primario que indique si su afección es aguda, grave o crónica, una enfermedad terminal o una cirugía o procedimiento fijado que debe ocurrir dentro de los 180 días. El médico tratante debe entregar el informe dentro de los 20 días calendario de la solicitud. Si el médico tratante no emite el informe, se aplicará la decisión médica de The Hartford/SRS. A solicitud de su Gestor de reclamaciones, se le suministrará a usted una copia de esta Política de Transferencia de Atención. Por cualquier pregunta, comuníquese con su Gestor de reclamaciones.

1. Una afección aguda. Una “afección aguda” es una afección médica que implica la aparición repentina de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera atención médica inmediata y que tiene una duración de menos de noventa (90) días.
2. Una afección crónica grave. Una “afección crónica grave” es una afección médica debida a una dolencia, enfermedad u otro problema o trastorno médico grave, que persiste sin curarse totalmente o empeora durante un período de, al menos, noventa (90) días o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o impedir el deterioro.
3. Una enfermedad terminal. Una “enfermedad terminal” es una afección incurable o irreversible que tiene altas probabilidades de causar la muerte dentro del plazo de un año o menos.

4. Cirugías u otros procedimientos autorizados por The Hartford/SRS como parte de un curso de tratamiento documentado, que el proveedor ha recomendado y documentado que debe realizarse dentro del plazo de ciento ochenta (180) días desde la fecha de entrada en vigencia de la cobertura de la MPN.

Obtención de autorización antes del tratamiento para la atención subsiguiente:

Su médico tratante debe obtener autorización previa para los servicios llamando a The Hartford/SRS. Revisaremos el plan de tratamiento de su médico y emitiremos una recomendación. Usted, su Gestor de reclamaciones y el médico recibirán una copia de dicha recomendación.

Si su tratamiento no se certifica, usted puede solicitar una apelación siguiendo las instrucciones de Apelación adjuntas al aviso de no certificación.

Solicitudes de segunda o tercera opinión:

Si usted no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento indicado por su médico tratante, puede solicitar otra opinión. Según la MPN, usted puede pedir hasta dos opiniones adicionales de otros médicos de la MPN. Para plantear una discrepancia, debe presentar su objeción por escrito, por teléfono, fax o correo electrónico a su Gestor de reclamaciones. Su empleador o la compañía aseguradora de su empleador suministrarán un listado del área regional de los médicos de la MPN a quienes solicitar una segunda y tercera opinión. Si el médico al que se le solicita una segunda o tercera opinión determina que nuestra lesión no se encuadra en el tipo de lesiones que él trata, este lo notificará a su empleador o a la aseguradora de su empleador. Después, su empleador y la aseguradora de su empleador le suministrarán una nueva lista de proveedores de la MPN. Usted puede obtener el tratamiento recomendado dentro de la MPN y cambiar el médico por el segundo o tercer médico o por otro médico de la MPN. Su Gestor de reclamaciones le ayudará a concertar una evaluación médica con un médico que usted haya elegido de la lista de médicos de la MPN que le hemos suministrado. Usted debe fijar una cita con el médico que eligió en la lista de la MPN dentro de los 60 días de su elección. Si usted no concierta una cita dentro de los 60 días, no se le permitirá tener una segunda o tercera opinión, según sea el caso, con respecto al diagnóstico o tratamiento debatido de este médico tratante. Usted debe informar a su Gestor de reclamaciones la fecha de la cita. Tiene derecho a pedir una copia de los registros médicos que se enviarán a los médicos de la MPN a los que se les solicitó una segunda y tercera opinión. En el momento de la selección de médico para una tercera opinión, su Gestor de reclamaciones le notificará acerca del proceso de Revisión Médica Independiente y le entregará una solicitud para el proceso de Revisión Médica Independiente.

Si tiene preguntas generales acerca de la MPN, ubicación de proveedores de la MPN, los planes de Continuidad de la Atención o de Transferencia de Atención, comuníquese con su Gestor de reclamaciones @ ***1-800-221-5473-ext 41130 or 714-674-1130***

Atentamente,

Employer Representative

Steve Troli

MPN CONTINUITY OF CARE POLICY

Specialty Risk Services (SRS) has established a Medical Provider Network (MPN) in California for provision of medical care for its employees who sustain injuries covered under the state workers' compensation act. Under California Labor Code 4616.2, if an employee has an injury and the treating provider terminates from the MPN, the injured worker may qualify to continue treating with the terminated provider under specific circumstances.

This overview will provide information about SRS' MPN Continuity of Care Policy (COCP) and the rights and responsibilities of the injured employee, treating physician, and SRS with respect to continuity of care.

SRS has submitted this COCP to the State, and received approval from them. Under this COCP, SRS is responsible to provide information about its COCP when we implement the MPN program or when the employee joins the organization, which we do through an employee notice form. We provide additional information about our Continuity of Care Policy if the employee suffers a work-related injury or illness and files a workers' compensation claim. If at any time the employee wishes to receive more information about the COCP, the employee may contact their employer for a copy of this overview.

If an injured employee is receiving treatment from a provider who terminates the employer's MPN, SRS first determines whether the provider has been terminated because of disciplinary reasons, fraud or criminal activity. If termination was for any of these reasons, SRS will advise the injured employee to seek care with another MPN provider.

Where the provider has been terminated for any other reason, SRS will determine the injured employee's medical condition. SRS will then notify the injured employee of our determination regarding any remaining treatment and whether or not the employee will be required to select a new provider from within the MPN. The notification will be sent to the employee's residence with a copy to the Primary Treating Physician. The notification shall be written in both English and Spanish in lay terms to the maximum extent possible.

If the injured employee disputes SRS' medical determination, the employee shall request a report from their primary treating physician that addresses whether the injured employee falls within any of the conditions outlined in (a-d) below. The treating physician shall provide the report to the injured employee within twenty (20) calendar days of the request. If the treating physician fails to issue the report, then the medical determination made by SRS applies.

- a. An acute condition. An "acute condition" is defined as a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a duration of less than ninety (90) days. SRS will authorize completion of the

treatment with the terminated provider for the duration of the acute condition, subject to the provider's cooperation as described below.

- b. A serious chronic condition. A "serious chronic condition" is defined as a medical condition due to a disease, illness, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over a period of at least ninety (90) days or requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment must be provided for a period of time necessary to complete a course of treatment and to arrange for a safe transfer to another provider, as determined by the insurer or employer in consultation with the injured employee and the terminated provider and consistent with good professional practice. SRS will authorize completion of treatment with the terminated provider for a serious chronic condition that will not exceed twelve (12) months from the contract termination date, subject to the provider's cooperation as described below.
- c. A terminal illness. A "terminal illness" is defined as an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. SRS will authorize completion of treatment with the terminated provider for the duration of a terminal illness, subject to the provider's cooperation as described below.
- d. Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within one hundred eighty (180) days of the contract's termination date. SRS will affirm continued treatment with the terminated provider for a specified time frame, subject to the provider's cooperation as described below.

If SRS objects to the medical determination by the treating physician, the dispute will be resolved pursuant to Labor Code section 4062.

If the treating physician agrees with SRS' determination that the injured employee's medical condition does not meet the conditions set forth in items (a-d) above, the employee will choose a new provider from within the MPN during the dispute resolution process.

If the treating physician does not agree with SRS' determination that the injured employee's medical condition does not meet the conditions set forth in items (a-d) above, the injured employee shall continue to treat with the terminated provider until the dispute is resolved.

Where the injured employee qualifies under one of the above-listed treatment conditions and requests to continue to treat with the terminated provider, SRS will contact the provider to affirm the provider's willingness and capability to continue treatment. If the

provider is unwilling or incapable of continuing treatment for the injured worker, SRS will advise the injured worker to seek treatment from another provider within the MPN. In such circumstances, SRS will not be obligated to authorize continued services beyond the contract termination date, and will communicate the timeframe they will be authorized to continue treatment with the terminated provider.

Where the injured employee has chosen to continue with the terminated provider and the provider has agreed to continue treatment, SRS will be responsible for payment of completion of the medically necessary treatment. SRS will not be responsible for unauthorized treatment.

If the injured employee chooses not to continue with the terminated provider, they will be referred to a new provider in the MPN network.

In the event the injured employee resides in a rural service area with unreasonably restrictive access, in accordance with standards in Title 8 CCR §9767.5, SRS will agree to allow treatment with a non-network provider for non-emergency and emergency care. Restrictive access includes rural areas where health facilities are located at least 30 miles apart, as fully defined in Title 8 CCR §9767.5 (d). The alternative standards shall provide that all services shall be available and accessible at reasonable times to all covered employees.

POLÍTICA DE CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN

Specialty Risk Services (SRS) ha establecido una Red de Proveedores Médicos (Medical Provider Network, MPN) en California para suministrar atención médica a sus empleados que sufran lesiones cubiertas por la ley estatal de indemnizaciones laborales. Según el Código de Trabajo de California, Sección 4616.2, si un empleado sufre una lesión y el proveedor tratante es rescindido de la MPN, el trabajador lesionado puede tener derecho a continuar el tratamiento con el proveedor que fue rescindido de la red en determinadas circunstancias.

Este resumen le suministra información acerca de la Política de Continuidad de la Atención (Continuity of Care Policy, COCP) de la MPN de SRS y sobre los derechos y responsabilidades del empleado lesionado, el médico tratante y SRS con respecto a la continuidad de la atención.

SRS ha elevado esta COCP al Estado, y recibió su aprobación. Según esta COCP, SRS tiene la obligación de suministrar información acerca de su COCP cuando instrumentamos el programa de MPN o cuando el empleado se integra a la organización, lo que hacemos mediante un formulario de aviso al empleado. Suministramos información adicional acerca de nuestra Política de Continuidad de la Atención (Continuity of Care Policy, COCP) si el empleado sufre una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo y presenta una reclamación de compensación laboral. Si el empleado desea recibir en cualquier momento más información acerca de la COCP, puede ponerse en contacto con el empleador para obtener una copia de este resumen.

Si un empleado lesionado está en tratamiento con un proveedor que es rescindido de la MPN del empleador, SRS determina primero si el proveedor fue rescindido por razones disciplinarias, fraude o actividad delictiva. Si la rescisión obedeció a alguna de estas razones, SRS le aconsejará al empleado lesionado que busque atención con otro proveedor de la MPN.

Si el proveedor fue rescindido de la red por otra razón, SRS determinará el estado médico del empleado lesionado. SRS notificará entonces al empleado lesionado acerca de nuestra decisión sobre el tratamiento restante y acerca de si se requerirá o no al empleado que elija un nuevo proveedor dentro de la MPN. La notificación se enviará a la Dirección del empleado con una copia al médico tratante primario. La notificación se redactará en inglés y en español y, en lo posible, en lenguaje simple.

Si el empleado no está de acuerdo con la decisión médica de SRS, le solicitará a su médico tratante primario un informe que indique si el empleado lesionado está comprendido en cualquiera de las afecciones (a – d) referidas más abajo. El médico tratante suministrará el informe al empleado lesionado dentro de los 20 días calendario de la solicitud. Si el médico tratante no emite el informe, se aplicará la decisión médica de SRS.

- a) Una afección aguda. Una “afección aguda” se define como una afección médica que implica la aparición súbita de síntomas debidos a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiere rápida atención médica y tiene una duración inferior a 90 días. SRS autorizará que se complete el tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red por la duración de la afección aguda, sujeto a la cooperación del proveedor según se describe más abajo.
- b) Una afección crónica grave. Una “afección crónica grave” se define como una afección médica debida a una dolencia, enfermedad u otro problema o trastorno médico de naturaleza grave y que persiste sin una cura completa o empeora por un período de por lo menos 90 días o requiere tratamiento continuo para mantener la remisión o impedir un deterioro. Se suministrará la continuación del tratamiento por el período necesario para completar un curso de tratamiento y para organizar una transferencia segura a otro proveedor, según se decida por el asegurador o empleador en consulta con el empleado lesionado y el proveedor que haya sido rescindido de la red y en condiciones congruentes con una buena práctica profesional. SRS autorizará la continuación del tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red de una afección crónica grave que no exceda los 12 meses de la fecha de terminación del contrato, sujeto a la cooperación del proveedor según se describe más abajo.
- c) Una enfermedad terminal. Una “enfermedad terminal” se define como una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte dentro de un año o menos. SRS autorizará la continuación del tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red por la duración de la enfermedad terminal, sujeto a la cooperación del proveedor según se describe más abajo.
- d) La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por SRS como parte del curso de un tratamiento documentado que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para tener lugar dentro de los 180 días de la fecha de cobertura vigente de la MPN. SRS confirmará la continuación del tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red por un período especificado, sujeto a la cooperación del proveedor según se describe más abajo.

Si SRS objeta la decisión médica del médico tratante, la disputa se resolverá de acuerdo con el Código de Trabajo, Sección 4062.

Si el médico tratante concuerda con la decisión de SRS de que el estado médico del empleado lesionado no cumple las condiciones establecidas en los párrafos *a* a *d* precedentes, el empleado elegirá un nuevo proveedor dentro de la MPN durante el proceso de resolución de la disputa.

Si el médico tratante no concuerda con la decisión de SRS de que el estado médico del empleado lesionado no cumple las condiciones establecidas en los párrafos *a* al *d*

precedentes, el empleado lesionado seguirá en tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red hasta que se resuelva la disputa.

Cuando el empleado lesionado califique, según algunas de las condiciones de tratamiento enumeradas arriba y solicite seguir el tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red, SRS se comunicará con el proveedor para asegurar la disposición y la capacidad del proveedor para continuar el tratamiento. Si el proveedor no quiere o no puede continuar el tratamiento al trabajador lesionado, SRS le aconsejará al trabajador lesionado que busque tratamiento con otro proveedor de la MPN. En tales circunstancias, SRS no estará obligada a autorizar la continuación de los servicios más allá de la fecha de terminación del contrato, y notificará el período durante el cual estarán autorizados a seguir el tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red.

Si el empleado lesionado eligió seguir el tratamiento con el proveedor que ya no forma parte de la red y el proveedor acordó seguir el tratamiento, SRS será responsable de pagar la finalización del tratamiento médicamente necesario. SRS no es responsable por tratamientos no autorizados.

Si el empleado lesionado elige no continuar con el proveedor que ya no forma parte de la red, será derivado a un nuevo proveedor dentro de la MPN.

En caso de que un empleado lastimado resida en un área de servicio rural con acceso irrazonablemente restringido, de acuerdo con los estándares en el Título 8 CCR 9767.5, SRS estará de acuerdo en permitir tratamiento con un proveedor fuera de la red para cuidados de urgencias y no urgencias. Acceso restringido incluye áreas rurales donde las facilidades de salud están localizadas a por lo menos 30 millas de distancia, como se define en el Título 8 CCR 9767.5 (d). Los estándares alternativos proveen que todos los servicios deben estar disponibles y tener acceso a horas razonables a todos los empleados cubiertos