

**New Hire Packet for ProSight  
when no previous MPN is in place**

LWP- ProSight MPN #2125



*At time of hire, Employee must be given the following:*

- 1- Pre-designation form*
- 2- Information about Medical Access Assistant*
- 3- MPN number and Web address for MPN look-up*

*Attached is a full package that meets these requirements and also contains a proof-of-service form for documentation. The proof of service form is not required, but is a recommendation.*

*Note that the date of hire should be entered as the “effective date”*

*If the employee chooses to pre-designate a provider, employer should keep the original form in the employee’s personnel file and also submit a copy to LWP Claims when a claim is submitted.*

**October 2014**

# WORKERS' COMPENSATION DOCUMENTS

## Receipt – Proof of Service

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

- Medical Provider Network (MPN) and Medical Access Assistant Information
- Pre-Designation form

---

## DOCUMENTOS DE COMPENSACION AL TRABAJADOR

### Formulario de Reclamo de Compensación para Trabajadores

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

- Información Adicional de la Red de Proveedores Médicos (MPN) y Acceso de Asistencia Médica
- Pre-designación de doctor forma

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.**

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

# MPN Implementation Notice – Plan ID 2125

## ENGLISH

### Implementation Notice

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 arising on or after \_\_\_\_\_ 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 MPN. Please discuss this with your LWP claims professional at (800)565-5694.

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 at [www.lwpprosightsignaturempn.com](http://www.lwpprosightsignaturempn.com).

## SPANISH

### 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, toda nueva lesión que ocurra el o después del \_\_\_\_\_ será tratada por proveedores de la 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 MPN. Usted puede tratar esto con su LWP Claims administrador de reclamos (800)565-5694.

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.lwpprosightsignaturempn.com](http://www.lwpprosightsignaturempn.com).

# **Medical Access Assistant Medical Provider Network (MPN) ID #2125**

You can get the list of MPN providers by calling the MPN contact at (800)565-5694 or by going to our website at: [www.lwpprosightsignaturempn.com](http://www.lwpprosightsignaturempn.com)

The Medical Access Assistant is also available if you need help scheduling an appointment with a Medical Provider. 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.

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

To check the website you may go to [www.lwpprosightsignaturempn.com](http://www.lwpprosightsignaturempn.com) for the complete roster of treating physicians.

## **SPANISH**

# **Acceso de Asistencia Medica Medical Provider Network (MPN) ID # 2125**

Usted puede obtener la lista de proveedores de la MPN llamando al contacto de la MPN al 866-222-5738 o visitando nuestro sitio web en: [www.lwpprosightsignaturempn.com](http://www.lwpprosightsignaturempn.com)

Su Acceso de Asistencia Médica también está disponible si necesita ayuda para programar una cita con un proveedor médico. 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.

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

Para revisar la página web puede ir a [www.lwpprosightsignaturempn.com](http://www.lwpprosightsignaturempn.com) para la lista completa de los médicos tratantes.

**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.

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

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

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 required pursuant to Title 8, California Code of Regulations, section 9780.1(a)(3) 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

<b>EMPLEADO</b>	
El empleado debe firmar esta sección.	
<b>Empleador: Nombre Del Empleado:*</b>	_____
<b>SS#*</b>	_____
<b>(Alternate ID)</b>	_____
<b>Fecha de alquiler:</b>	_____
<b>Fecha de nacimiento:</b>	_____
<b>Dirección:</b>	_____
<b>Cuidad:</b>	_____
<b>Estado/Zona</b>	_____
En caso de sufrir accidente en el trabajo, pido ser atendido por mí medico familiar como se indica a continuación:	
<b>Firma</b>	<u>  X  </u> _____
<b>Fecha</b>	_____

<b>MÉDICO</b>	
No podemos procesar esta forma sin los campos marcamos en negrilla con un asterisco.	
<b>Please PRINT clearly.</b>	
<b>Médico primer nombre*</b>	_____
<b>Médico ultimo nombre*</b>	_____
<b>Dirección de oficina*</b>	_____
<b>Cuidad*</b>	_____
<b>Estado/zona*</b>	_____
<b>Número De Teléfono</b>	(    )    -    _____
<b>Nombre de grupo:</b>	_____
<b>Licencia de CA#</b>	_____
I agree to this Predesignation:	
<b>Firma:</b>	<u>  X  </u> _____
<b>Fecha de aceptación:</b>	_____

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 predesignado 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 empleador**