THE CLAREMONT COLLEGES SERVICES

Informe del Empleado
de Lesión o Enfermedad Laboral

Debe ser sometido dentro de 24 horas de ocurrencia.

Información Sobre el Empleado

1. Nombre Entero: _____ 2. Empleador: Seleccione su Empleador
3. Departamento: _____ 4. Título de su Posición: _____
5. Teléfono para Contactar: _____ 6. Correo Electrónico: _____

Información Sobre el Accidente

7. Fecha y hora que ocurrió la lesión/enfermedad (accidente)? _____ a las _____ ☐ AM ☐ PM
8. ¿Hora que usted comenzó su turno de trabajo? _____ ☐ AM ☐ PM
9. ¿Dónde ocurrió (edificio y salón)? _____
10. ¿Hubo algún testigo? ☐ No ☐ Sí – Nombre(s): _____
11. Describa plenamente cómo ocurrió la lesión/enfermedad (el accidente) e indique qué estaba haciendo en el momento:

_____

_____

_____

_____

16. ¿Clase de accidente? (Seleccione todo lo que aplique)

☐ Mordida de Animal o Insecto	☐ Colisión (vehículo/auto)	☐ Objeto en el Ojo
☐ Contacto con Objeto Caliente	☐ Contacto Eléctrico	☐ Contacto con Químico
☐ Caída (derrame de grasa/liquido)	☐ Caída (nivel diferente/igual)	☐ Manejo de Material
☐ Movimiento Repetitivo	☐ Contusión (morete)	☐ Esguince
☐ Laceración/Perforación	☐ Otro: _____	

13. En su opinión, ¿qué se puede hacer para evitar que ocurra tal accidente en el futuro?

_____

Información Sobre la Lesión o Enfermedad

14. Describa su lesión o enfermedad: _____
15. Parte(s) del cuerpo afectada(s): _____ ☐ Izquierda ☐ Derecha ☐ Bilateral
10. ¿Esta lesión o enfermedad es relacionada al COVID-19? ☐ No ☐ Sí
19. ¿Ha experimentado una lesión/enfermedad parecida antes? ☐ No ☐ Sí
17. ¿Ha recibido atención médica para esta lesión/enfermedad? ☐ No ☐ Sí* (proporcione la información abajo)
    * Fecha: _____ Nombre del Médico: _____ Teléfono: _____
    * Dirección del Médico/Doctor: _____
18. **¿Desea atención médica para esta lesión/enfermedad?** ☐ No ☐ Sí

Yo entiendo que deliberadamente hacer una declaración falsa u ocultar hechos materiales para obtener pagos de beneficio es un quebrantamiento de la ley de California punible con encarcelamiento o multa o ambos. Yo declaro bajo pena de perjurio que la declaración precedente, incluyendo cualquier declaración adjunta, es verdadera, correcta, y completa según mi leal saber y entender.

Firma de Empleado _____ **Fecha**: _____

TCCS Workers' Compensation Administration | 101 S Mills Avenue, Claremont, CA,91711
Email disability@claremont.edu | Phone (909) 607-9493 | Fax (909) 607-*9688*

Workers' Compensation Claim Form (DWC 1) & Notice of Potential Eligibility

Formulario de Reclamo de Compensación de Trabajadores (DWC 1) y Notificación de Posible Elegibilidad

If you are injured or become ill, either physically or mentally, because of your job, including injuries resulting from a workplace crime, you may be entitled to workers' compensation benefits. Use the attached form to file a workers' compensation claim with your employer. **You should read all of the information below.** Keep this sheet and all other papers for your records. You may be eligible for some or all of the benefits listed depending on the nature of your claim. If you file a claim, the claims administrator, who is responsible for handling your claim, must notify you within 14 days whether your claim is accepted or whether additional investigation is needed.

To file a claim, complete the "Employee" section of the form, keep one copy and give the rest to your employer. Do this right away to avoid problems with your claim. In some cases, benefits will not start until you inform your employer about your injury by filing a claim form. Describe your injury completely. Include every part of your body affected by the injury. If you mail the form to your employer, use first-class or certified mail. If you buy a return receipt, you will be able to prove that the claim form was mailed and when it was delivered. Within one working day after you file the claim form, your employer must complete the "Employer" section, give you a dated copy, keep one copy, and send one to the claims administrator.

Medical Care: Your claims administrator will pay for all reasonable and necessary medical care for your work injury or illness. Medical benefits are subject to approval and may include treatment by a doctor, hospital services, physical therapy, lab tests, x-rays, medicines, equipment and travel costs. Your claims administrator will pay the costs of approved medical services directly so you should never see a bill. There are limits on chiropractic, physical therapy, and other occupational therapy visits.

The Primary Treating Physician (PTP) is the doctor with the overall responsibility for treatment of your injury or illness.

- If you previously designated your personal physician or a medical group, you may see your personal physician or the medical group after you are injured.
- If your employer is using a medical provider network (MPN) or Health Care Organization (HCO), in most cases, you will be treated in the MPN or HCO unless you predesignated your personal physician or a medical group. An MPN is a group of health care providers who provide treatment to workers injured on the job. You should receive information from your employer if you are covered by an HCO or a MPN. Contact your employer for more information.
- If your employer is not using an MPN or HCO, in most cases, the claims administrator can choose the doctor who first treats you unless you predesignated your personal physician or a medical group.
- If your employer has not put up a poster describing your rights to workers' compensation, you may be able to be treated by your personal physician right after you are injured.

Within one working day after you file a claim form, your employer or the claims administrator must authorize up to $10,000 in treatment for your injury, consistent with the applicable treating guidelines until the claim is accepted or rejected. If the employer or claims administrator does not authorize treatment right away, talk to your supervisor, someone else in management, or the claims administrator. Ask for treatment to be authorized right now, while waiting for a decision on your claim. If the employer or claims administrator will not authorize treatment, use your own health insurance to get medical care. Your health insurer will seek reimbursement from the claims administrator. If you do not have health insurance, there are doctors, clinics or hospitals that will treat you without immediate payment. They will seek reimbursement from the claims administrator.

Switching to a Different Doctor as Your PTP:

- If you are being treated in a Medical Provider Network (MPN), you may switch to other doctors within the MPN after the first visit.
- If you are being treated in a Health Care Organization (HCO), you may switch at least one time to another doctor within the HCO. You may switch to a doctor outside the HCO 90 or 180 days after your injury is reported to your employer (depending on whether you are covered by employer-provided health insurance).
- If you are not being treated in an MPN or HCO and did not predesignate, you may switch to a new doctor one time during the first 30 days after your injury is reported to your employer. Contact the claims administrator to switch doctors. After 30 days, you may switch to a doctor of your choice if

Si Ud. se lesiona o se enferma, ya sea físicamente o mentalmente, debido a su trabajo, incluyendo lesiones que resulten de un crimen en el lugar de trabajo, es posible que Ud. tenga derecho a beneficios de compensación de trabajadores. Utilice el formulario adjunto para presentar un reclamo de compensación de trabajadores con su empleador. **Ud. debe leer toda la información a continuación.** Guarde esta hoja y todos los demás documentos para sus archivos. Es posible que usted reúna los requisitos para todos los beneficios, o parte de éstos, que se enumeran dependiendo de la índole de su reclamo. Si usted presenta un reclamo, l administrador de reclamos, quien es responsable por el manejo de su reclamo, debe notificarle dentro de 14 días si se acepta su reclamo o si se necesita investigación adicional.

Para presentar un reclamo, llene la sección del formulario designada para el "Empleado," guarde una copia, y déle el resto a su empleador. Haga esto de inmediato para evitar problemas con su reclamo. En algunos casos, los beneficios no se iniciarán hasta que usted le informe a su empleador acerca de su lesión mediante la presentación de un formulario de reclamo. Describa su lesión por completo. Incluya cada parte de su cuerpo afectada por la lesión. Si usted le envía por correo el formulario a su empleador, utilice primera clase o correo certificado. Si usted compra un acuse de recibo, usted podrá demostrar que el formulario de reclamo fue enviado por correo y cuando fue entregado. Dentro de un día laboral después de presentar el formulario de reclamo, su empleador debe completar la sección designada para el "Empleador," le dará a Ud. una copia fechada, guardará una copia, y enviará una al administrador de reclamos.

Atención Médica: Su administrador de reclamos pagará por toda la atención médica razonable y necesaria para su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Los beneficios médicos están sujetos a la aprobación y pueden incluir tratamiento por parte de un médico, los servicios de hospital, la terapia física, los análisis de laboratorio, las medicinas, equipos y gastos de viaje. Su administrador de reclamos pagará directamente los costos de los servicios médicos aprobados de manera que usted nunca verá una factura. Hay límites en terapia quiropráctica, física y otras visitas de terapia ocupacional.

El Médico Primario que le Atiende *(Primary Treating Physician- PTP)* es el médico con la responsabilidad total para tratar su lesión o enfermedad.

- Si usted designó previamente a su médico personal o a un grupo médico, usted podrá ver a su médico personal o grupo médico después de lesionarse.
- Si su empleador está utilizando una red de proveedores médicos (*Medical Provider Network- MPN)* o una Organización de Cuidado Médico *(Health Care Organization- HCO)*, en la mayoría de los casos, usted será tratado en la *MPN* o *HCO* a menos que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico. Una *MPN* es un grupo de proveedores de asistencia médica quien da tratamiento a los trabajadores lesionados en el trabajo. Usted debe recibir información de su empleador si su tratamiento es cubierto por una *HCO* o una *MPN*. Hable con su empleador para más información.
- Si su empleador no está utilizando una *MPN* o *HCO*, en la mayoría de los casos, el administrador de reclamos puede elegir el médico que lo atiende primero a menos de que usted hizo una designación previa de su médico personal o grupo médico.
- Si su empleador no ha colocado un cartel describiendo sus derechos para la compensación de trabajadores, Ud. puede ser tratado por su médico personal inmediatamente después de lesionarse.

Dentro de un día laboral después de que Ud. Presente un formulario de reclamo, su empleador o el administrador de reclamos debe autorizar hasta $10000 en tratamiento para su lesión, de acuerdo con las pautas de tratamiento aplicables, hasta que el reclamo sea aceptado o rechazado. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento de inmediato, hable con su supervisor, alguien más en la gerencia, o con el administrador de reclamos. Pida que el tratamiento sea autorizado ya mismo, mientras espera una decisión sobre su reclamo. Si el empleador o administrador de reclamos no autoriza el tratamiento, utilice su propio seguro médico para recibir atención médica. Su compañía de seguro médico buscará reembolso del administrador de reclamos. Si usted no tiene seguro médico, hay médicos, clínicas u hospitales que lo tratarán sin pago inmediato. Ellos buscarán reembolso del administrador de reclamos.

Cambiando a otro Médico Primario o *PTP*:

- Si usted está recibiendo tratamiento en una Red de Proveedores Médicos

your employer or the claims administrator has not created or selected an MPN.

Disclosure of Medical Records: After you make a claim for workers' compensation benefits, your medical records will not have the same level of privacy that you usually expect. If you don't agree to voluntarily release medical records, a workers' compensation judge may decide what records will be released. If you request privacy, the judge may "seal" (keep private) certain medical records.

Problems with Medical Care and Medical Reports: At some point during your claim, you might disagree with your PTP about what treatment is necessary. If this happens, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, the steps to take depend on whether you are receiving care in an MPN, HCO, or neither. For more information, see "Learn More About Workers' Compensation," below.

If the claims administrator denies treatment recommended by your PTP, you may request independent medical review (IMR) using the request form included with the claims administrator's written decision to deny treatment. The IMR process is similar to the group health IMR process, and takes approximately 40 (or fewer) days to arrive at a determination so that appropriate treatment can be given. Your attorney or your physician may assist you in the IMR process. IMR is not available to resolve disputes over matters other than the medical necessity of a particular treatment requested by your physician.

If you disagree with your PTP on matters other than treatment, such as the cause of your injury or how severe the injury is, you can switch to other doctors as described above. If you cannot reach agreement with another doctor, notify the claims administrator in writing as soon as possible. In some cases, you risk losing the right to challenge your PTP's opinion unless you do this promptly. If you do not have an attorney, the claims administrator must send you instructions on how to be seen by a doctor called a qualified medical evaluator (QME) to help resolve the dispute. If you have an attorney, the claims administrator may try to reach agreement with your attorney on a doctor called an agreed medical evaluator (AME). If the claims administrator disagrees with your PTP on matters other than treatment, the claims administrator can require you to be seen by a QME or AME.

Payment for Temporary Disability (Lost Wages): If you can't work while you are recovering from a job injury or illness, you may receive temporary disability payments for a limited period. These payments may change or stop when your doctor says you are able to return to work. These benefits are tax-free. Temporary disability payments are two-thirds of your average weekly pay, within minimums and maximums set by state law. Payments are not made for the first three days you are off the job unless you are hospitalized overnight or cannot work for more than 14 days.

Stay at Work or Return to Work: Being injured does not mean you must stop working. If you can continue working, you should. If not, it is important to go back to work with your current employer as soon as you are medically able. Studies show that the longer you are off work, the harder it is to get back to your original job and wages. While you are recovering, your PTP, your employer (supervisors or others in management), the claims administrator, and your attorney (if you have one) will work with you to decide how you will stay at work or return to work and what work you will do. Actively communicate with your PTP, your employer, and the claims administrator about the work you did before you were injured, your medical condition and the kinds of work you can do now, and the kinds of work that your employer could make available to you.

Payment for Permanent Disability: If a doctor says you have not recovered completely from your injury and you will always be limited in the work you can do, you may receive additional payments. The amount will depend on the type of injury, extent of impairment, your age, occupation, date of injury, and your wages before you were injured.

Supplemental Job Displacement Benefit (SJDB): If you were injured on or after 1/1/04, and your injury results in a permanent disability and your employer does not offer regular, modified, or alternative work, you may qualify for a nontransferable voucher payable for retraining and/or skill enhancement. If you qualify, the claims administrator will pay the costs up to the maximum set by state law.

Death Benefits: If the injury or illness causes death, payments may be made to a

(Medical Provider Network- MPN), usted puede cambiar a otros médicos dentro de la MPN después de la primera visita.

- Si usted está recibiendo tratamiento en un Organización de Cuidado Médico (Healthcare Organization- HCO), es posible cambiar al menos una vez a otro médico dentro de la HCO. Usted puede cambiar a un médico fuera de la HCO 90 o 180 días después de que su lesión es reportada a su empleador (dependiendo de si usted está cubierto por un seguro médico proporcionado por su empleador).
- Si usted no está recibiendo tratamiento en una MPN o HCO y no hizo una designación previa, usted puede cambiar a un nuevo médico una vez durante los primeros 30 días después de que su lesión es reportada a su empleador. Póngase en contacto con el administrador de reclamos para cambiar de médico. Después de 30 días, puede cambiar a un médico de su elección si su empleador o el administrador de reclamos no ha creado o seleccionado una MPN.

Divulgación de Expedientes Médicos: Después de que Ud. presente un reclamo para beneficios de compensación de trabajadores, sus expedientes médicos no tendrán el mismo nivel de privacidad que usted normalmente espera. Si Ud. no está de acuerdo en divulgar voluntariamente los expedientes médicos, un juez de compensación de trabajadores posiblemente decida qué expedientes serán revelados. Si usted solicita privacidad, es posible que el juez "selle" (mantenga privados) ciertos expedientes médicos.

Problemas con la Atención Médica y los Informes Médicos: En algún momento durante su reclamo, podría estar en desacuerdo con su *PTP* sobre qué tratamiento es necesario. Si esto sucede, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, los pasos a seguir dependen de si usted está recibiendo atención en una *MPN*, *HCO* o ninguna de las dos. Para más información, consulte la sección "Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores," a continuación.

Si el administrador de reclamos niega el tratamiento recomendado por su *PTP*, puede solicitar una revisión médica independiente *(Independent Medical Review-IMR)*, utilizando el formulario de solicitud que se incluye con la decisión por escrito del administrador de reclamos negando el tratamiento. El proceso de la *IMR* es parecido al proceso de la *IMR* de un seguro médico colectivo, y tarda aproximadamente 40 (o menos) días para llegar a una determinación de manera que se pueda dar un tratamiento apropiado. Su abogado o su médico le pueden ayudar en el proceso de la *IMR*. La *IMR* no está disponible para resolver disputas sobre cuestiones aparte de la necesidad médica de un tratamiento particular solicitado por su médico.

Si no está de acuerdo con su *PTP* en cuestiones aparte del tratamiento, como la causa de su lesión o la gravedad de la lesión, usted puede cambiar a otros médicos como se describe anteriormente. Si no puede llegar a un acuerdo con otro médico, notifique al administrador de reclamos por escrito tan pronto como sea posible. En algunos casos, usted arriesg perder el derecho a objetar a la opinión de su *PTP* a menos que hace esto de inmediato. Si usted no tiene un abogado, el administrador de reclamos debe enviarle instrucciones para ser evaluado por un médico llamado un evaluador médico calificado *(Qualified Medical Evaluator-QME)* para ayudar a resolver la disputa. Si usted tiene un abogado, el administrador de reclamos puede tratar de llegar a un acuerdo con su abogado sobre un médico llamado un evaluador médico acordado *(Agreed Medical Evaluator- AME)*. Si el administrador de reclamos no está de acuerdo con su *PTP* sobre asuntos aparte del tratamiento, el administrador de reclamos puede exigirle que sea atendido por un *QME* o *AME*.

Pago por Incapacidad Temporal (Sueldos Perdidos): Si Ud. no puede trabajar, mientras se está recuperando de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, Ud. puede recibir pagos por incapacidad temporal por un periodo limitado. Estos pagos pueden cambiar o parar cuando su médico diga que Ud. está en condiciones de regresar a trabajar. Estos beneficios son libres de impuestos. Los pagos por incapacidad temporal son dos tercios de su pago semanal promedio, con cantidades mínimas y máximas establecidas por las leyes estales. Los pagos no se hacen durante los primeros tres días en que Ud. no trabaje, a menos que Ud. sea hospitalizado una noche o no puede trabajar durante más de 14 días.

Permanezca en el Trabajo o Regreso al Trabajo: Estar lesionado no significa que usted debe dejar de trabajar. Si usted puede seguir trabajando, usted debe hacerlo. Si no es así, es importante regresar a trabajar con su empleador actual tan

spouse and other relatives or household members who were financially dependent on the deceased worker.

It is illegal for your employer to punish or fire you for having a job injury or illness, for filing a claim, or testifying in another person's workers' compensation case (Labor Code 132a). If proven, you may receive lost wages, job reinstatement, increased benefits, and costs and expenses up to limits set by the state.

Resolving Problems or Disputes: You have the right to disagree with decisions affecting your claim. If you have a disagreement, contact your employer or claims administrator first to see if you can resolve it. If you are not receiving benefits, you may be able to get State Disability Insurance (SDI) or unemployment insurance (UI) benefits. Call the state Employment Development Department at (800) 480-3287 or (866) 333-4606, or go to their website at www.edd.ca.gov.

You Can Contact an Information & Assistance (I&A) Officer: State I&A officers answer questions, help injured workers, provide forms, and help resolve problems. Some I&A officers hold workshops for injured workers. To obtain important information about the workers' compensation claims process and your rights and obligations, go to www.dwc.ca.gov or contact an I&A officer of the state Division of Workers' Compensation. You can also hear recorded information and a list of local I&A offices by calling (800) 736-7401.

You can consult with an attorney. Most attorneys offer one free consultation. If you decide to hire an attorney, his or her fee will be taken out of some of your benefits. For names of workers' compensation attorneys, call the State Bar of California at (415) 538-2120 or go to their website at **www.californiaspecialist.org**.

Learn More About Workers' Compensation: For more information about the workers' compensation claims process, go to www.dwc.ca.gov. At the website, you can access a useful booklet, "Workers' Compensation in California: A Guidebook for Injured Workers." You can also contact an Information & Assistance Officer (above), or hear recorded information by calling 1-800-736-7401.

pronto como usted pueda medicamente hacerlo. Los estudios demuestran que entre más tiempo esté fuera del trabajo, más difícil es regresar a su trabajo original y a sus salarios. Mientras se está recuperando, su *PTP*, su empleador (supervisores u otras personas en la gerencia), el administrador de reclamos, y su abogado (si tiene uno) trabajarán con usted para decidir cómo va a permanecer en el trabajo o regresar al trabajo y qué trabajo hará. Comuníquese de manera activa con su *PTP*, su empleador y el administrador de reclamos sobre el trabajo que hizo antes de lesionarse, su condición médica y los tipos de trabajo que usted puede hacer ahora y los tipos de trabajo que su empleador podría poner a su disposición.

Pago por Incapacidad Permanente: Si un médico dice que no se ha recuperado completamente de su lesión y siempre será limitado en el trabajo que puede hacer, es posible que Ud. reciba pagos adicionales. La cantidad dependerá de la clase de lesión, grado de deterioro, su edad, ocupación, fecha de la lesión y sus salarios antes de lesionarse.

Beneficio Suplementario por Desplazamiento de Trabajo *(Supplemental Job Displacement Benefit- SJDB)*: Si Ud. se lesionó en o después del 1/1/04, y su lesión resulta en una incapacidad permanente y su empleador no ofrece un trabajo regular, modificado, o alternativo, usted podría cumplir los requisitos para recibir un vale no-transferible pagadero a una escuela para recibir un nuevo un curso de reentrenamiento y/o mejorar su habilidad. Si Ud. cumple los requisios, el administrador de reclamos pagará los gastos hasta un máximo establecido por las leyes estatales.

Beneficios por Muerte: Si la lesión o enfermedad causa la muerte, es posible que los pagos se hagan a un cónyuge y otros parientes o a las personas que viven en el hogar que dependían económicamente del trabajador difunto.

Es ilegal que su empleador le castigue o despida por sufrir una lesión o enfermedad laboral, por presentar un reclamo o por testificar en el caso de compensación de trabajadores de otra persona. (Código Laboral, sección 132a.) De ser probado, usted puede recibir pagos por pérdida de sueldos, reposición del trabajo, aumento de beneficios y gastos hasta los límites establecidos por el estado.

Resolviendo problemas o disputas: Ud. tiene derecho a no estar de acuerdo con las decisiones que afecten su reclamo. Si Ud. tiene un desacuerdo, primero comuníquese con su empleador o administrador de reclamos para ver si usted puede resolverlo. Si usted no está recibiendo beneficios, es posible que Ud. pueda obtener beneficios del Seguro Estatalde Incapacidad *(State Disability Insurance- SDI)* o beneficios del desempleo *(Unemployment Insurance- UI)*. Llame al Departamento del Desarrollo del Empleo estatal al (800) 480-3287 o (866) 333-4606, o visite su página Web en www.edd.ca.gov.

Puede Contactar a un Oficial de Información y Asistencia *(Information & Assistance- I&A)*: Los Oficiales de Información y Asistencia *(I&A)* estatal contestan preguntas, ayudan a los trabajadores lesionados, proporcionan formularios y ayudan a resolver problemas. Algunos oficiales de *I&A* tienen talleres para trabajadores lesionados. Para obtener información importante sobre el proceso de la compensación de trabajadores y sus derechos y obligaciones, vaya a www.dwc.ca.gov o comuníquese con un oficial de información y asistencia de la División Estatal de Compensación de Trabajadores. También puede escuchar información grabada y una lista de las oficinas de *I&A* locales llamando al (800) 736-7401.

Ud. puede consultar con un abogado. La mayoría de los abogados ofrecen una consulta gratis. Si Ud. decide contratar a un abogado, los honorarios serán tomados de algunos de sus beneficios. Para obtener nombres de abogados de compensación de trabajadores, llame a la Asociación Estatal de Abogados de California *(State Bar)* al (415) 538-2120, o consulte su página Web en www.californiaspecialist.org.

Aprenda Más Sobre la Compensación de Trabajadores: Para obtener más información sobre el proceso de reclamos del programa de compensación de trabajadores, vaya a www.dwc.ca.gov. En la página Web, podrá acceder a un folleto útil, "Compensación del Trabajador de California: Una Guía para Trabajadores Lesionados." También puede contactar a un oficial de Información y Asistencia (arriba), o escuchar información grabada llamando al 1-800-736-7401.

PRINT CLEAR

State of California
Department of Industrial Relations
DIVISION OF WORKERS' COMPENSATION

Estado de California
Departamento de Relaciones Industriales
DIVISION DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

WORKERS' COMPENSATION CLAIM FORM (DWC 1)

PETITION DEL EMPLEADO PARA DE COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR (DWC 1)

Employee: Complete the **"Employee"** section and give the form to your employer. Keep a copy and mark it "**Employee's Temporary Receipt"** until you receive the signed and dated copy from your employer. You may call the Division of Workers' Compensation and hear recorded information at **(800) 736-7401.** An explanation of workers' compensation benefits is included in the Notice of Potential Eligibility, which is the cover sheet of this form. Detach and save this notice for future reference.

You should also have received a pamphlet from your employer describing workers' compensation benefits and the procedures to obtain them. You may receive written notices from your employer or its claims administrator about your claim. If your claims administrator offers to send you notices electronically, and you agree to receive these notices only by email, please provide your email address below and check the appropriate box. If you later decide you want to receive the notices by mail, you must inform your employer in writing.

Empleado: *Complete la sección* ***"Empleado"*** *y entregue la forma a su empleador. Quédese con la copia designada* ***"Recibo Temporal del Empleado"*** *hasta que Ud. reciba la copia firmada y fechada de su empleador. Ud. puede llamar a la Division de Compensación al Trabajador al* ***(800) 736-7401*** *para oir información gravada. Una explicación de los beneficios de compensación de trabajadores está incluido en la Notificación de Posible Elegibilidad, que es la hoja de portada de esta forma. Separe y guarde esta notificación como referencia para el futuro.*

Ud. también debería haber recibido de su empleador un folleto describiendo los benficios de compensación al trabajador lesionado y los procedimientos para obtenerlos. Es posible que reciba notificaciones escritas de su empleador o de su administrador de reclamos sobre su reclamo. Si su administrador de reclamos ofrece enviarle notificaciones electrónicamente, y usted acepta recibir estas notificaciones solo por correo electrónico, por favor proporcione su dirección de correo electrónico abajo y marque la caja apropiada. Si usted decide después que quiere recibir las notificaciones por correo, usted debe de informar a su empleador por escrito.

Any person who makes or causes to be made any knowingly false or fraudulent material statement or material representation for the purpose of obtaining or denying workers' compensation benefits or payments is guilty of a felony.

Toda aquella persona que a propósito haga o cause que se produzca cualquier declaración o representación material falsa o fraudulenta con el fin de obtener o negar beneficios o pagos de compensación a trabajadores lesionados es culpable de un crimen mayor "felonia".

Employee—complete this section and see note above ***Empleado—complete esta sección y note la notación arriba.***

1. Name. *Nombre.* _____ Today's Date. *Fecha de Hoy.* _____
2. Home Address. *Dirección Residencial.* _____
3. City. *Ciudad.* _____ State. *Estado.* _____ Zip. *Código Postal.* _____
4. Date of Injury. *Fecha de la lesión (accidente).* _____ Time of Injury. *Hora en que ocurrió.* _____a.m. _____p.m.
5. Address and description of where injury happened. *Dirección/lugar dónde occurió el accidente.* _____
6. Describe injury and part of body affected. *Describa la lesión y parte del cuerpo afectada.* _____
7. Social Security Number. *Número de Seguro Social del Empleado.* _____
8. ❑ Check if you agree to receive notices about your claim by email only. ❑ *Marque si usted acepta recibir notificaciones sobre su reclamo solo por correo electrónico.* Employee's e-mail. _____ *Correo electrónico del empleado.* _____.

You will receive benefit notices by regular mail if you do not choose, or your claims administrator does not offer, an electronic service option. *Usted recibirá notificaciones de beneficios por correo ordinario si usted no escoge, o su administrador de reclamos no le ofrece, una opción de servicio electrónico.*

9. Signature of employee. *Firma del empleado.* _____

Employer—complete this section and see note below. ***Empleador—complete esta sección y note la notación abajo.***

10. Name of employer. *Nombre del empleador.* The Claremont Colleges Services
11. Address. *Dirección.* 101 S. Mills Ave. Claremont, CA 91711
12. Date employer first knew of injury. *Fecha en que el empleador supo por primera vez de la lesión o accidente.* _____
13. Date claim form was provided to employee. *Fecha en que se le entregó al empleado la petición.* _____
14. Date employer received claim form. *Fecha en que el empleado devolvió la petición al empleador.* _____
15. Name and address of insurance carrier or adjusting agency. *Nombre y dirección de la compañía de seguros o agencia adminstradora de seguros.* _____
Travelers - P.O. Box 6510 Diamond Bar, CA 91765-8510
16. Insurance Policy Number. *El número de la póliza de Seguro.* Policy No. UB1N2831482251K
17. Signature of employer representative. *Firma del representante del empleador.* _____
18. Title. *Título.* _____ 19. Telephone. *Teléfono.* _____

Employer: You are required to date this form and provide copies to your insurer or claims administrator and to the employee, dependent or representative who filed the claim within **one working day** of receipt of the form from the employee.

SIGNING THIS FORM IS NOT AN ADMISSION OF LIABILITY

Empleador: *Se requiere que Ud. feche esta forma y que provéa copias a su compañía de seguros, administrador de reclamos, o dependiente/representante de reclamos y al empleado que hayan presentado esta petición dentro del plazo de* ***un día hábil*** *desde el momento de haber sido recibida la forma del empleado.*

EL FIRMAR ESTA FORMA NO SIGNIFICA ADMISION DE RESPONSABILIDAD

❑ Employer copy/*Copia del Empleador* ❑ Employee copy/*Copia del Empleado* ❑ Claims Administrator/*Administrador de Reclamos* ❑ Temporary Receipt/*Recibo del Empleado*

THE CLAREMONT COLLEGES
SERVICES

Supervisor's Report
of Occupational Injury or Illness

Must be submitted within 24 hours of occurrence.
Human Resources will complete COVID-19 claims.

1. Employee's Name: _____ 2. Job Title: _____
3. Date of Injury/Illness: _____ 4. Date & Time Reported: _____ at _____ ☐ AM ☐ PM
5. Location of Injury/Illness (e.g., building & room): _____
6. Will the employee be paid their full scheduled shift for the date of the injury/illness? ☐ Yes ☐ No
7. Describe in detail what the employee was doing, how it was being done, and any tools, people, and/or machines involved. If possible, give details such as object weight(s), temperature(s), chemical(s), or any other relevant factors.

_____
_____
_____
_____
_____

8. Was the employee doing something other than their required work duty at the time of the injury? ☐ Yes* ☐ No
   * If yes, please describe below what, why, and directed by whom:

_____
_____
_____

9. Do you question the validity of this claim? ☐ Yes* ☐ No
   * If yes, please describe below the reason (e.g., witnesses, prior conversations, personal issues, and/or suspicion).

_____
_____

10. What caused the injury/illness to occur? (Select all that apply)

- ☐ Improper or defective equipment/machinery
- ☐ Location (poor layout or lighting)
- ☐ Lack of skill, training, or experience
- ☐ Lack of personal protective equipment
- ☐ Adequate skill but failure to execute/follow directions
- ☐ Inadequate safeguards; unsafe job design
- ☐ Housekeeping, clutter, spillage, breakage
- ☐ Material handling
- ☐ Poor ergonomics in workstation design
- ☐ Other: _____

11. What can be done to prevent such an accident from happening again?

_____
_____

12. Who will assume responsibility to ensure #11 is completed? _____
13. By when will #11 be completed? _____

Supervisor Name: _____ Contact Phone Number: _____
Supervisor Title: _____ Department: _____
Supervisor's Signature: _____ Date: _____

TCCS Workers' Compensation Administration | 101 S Mills Avenue, Claremont, CA,91711
Email disability@claremont.edu | Phone (909) 607-9493 | Fax (909) 607-9688

THE CLAREMONT COLLEGES SERVICES

Suplemento a los Beneficios de Discapacidad & Cobertura de Beneficios

Nombre: _____

Fecha de Lesión/Enfermedad: _____ Empleador: Seleccione su Empleador _____

Autorización de Suplemento (no aplica a la Facultad)

Durante su periodo bajo el Seguro de Compensación al Trabajador, usted podría recibir pagos de remplazo de sueldo por discapacidad. Tales pagos serian igual al 66 2/3 % de su sueldo base. Sin embargo, usted tiene la opción de usar sus balances disponibles de horas por enfermedad, de vacaciones y/o personales para suplementar tales pagos de discapacidad durante una baja de ausencia cubierta por una reclamación de Compensación al Trabajador para reemplazar hasta el 90% de su sueldo base. Por favor revise las siguientes opciones detenidamente y haga su elección.

☐ Yo autorizo el uso de mis horas acumuladas de tiempo libre como pago suplementario según lo siguiente:
(Indique si desea permitir el uso de "todas" o cierta cantidad de horas.)

Horas por Enfermedad: _____ Horas de Vacación: _____ Horas Personales: _____ (si aplican)

Yo entiendo que mientras reciba suficiente pago de mis horas acumuladas, las deducciones para las primas de mis planes de beneficios (p.ej., plan médico, de visión, dental, retiro, etc.) continuaran. Si se agotan mis horas acumuladas o si no son suficiente para cubrir mis deducciones, yo debo hacer pagos directamente a la oficina de Administración de Beneficios de TCCS (ver abajo) a más tardar el primero de cada mes.

O

☐ Yo elijo NO recibir un suplemento a los pagos de discapacidad de Compensación al Trabajador de mis horas acumuladas.

Yo entiendo que al no autorizar el uso de mis horas acumuladas, yo recibiré solamente el pago del PFL, si soy elegible. Para continuar mi cobertura bajo mis planes de beneficios actuales (p.ej., plan médico, de visión, dental, retiro, etc.) yo debo hacer pagos directamente a la oficina de Administración de Beneficios de TCCS S (ver abajo) a más tardar el primero de cada mes.

Cobertura de Beneficios

Pagos: Para hacer pagos para sus beneficios actuales, o para cualquier otra ayuda con sus beneficios durante su periodo de discapacidad, por favor contacte a:

TCCS Benefits Administration
benefits@claremont.edu
101 S. Mills Avenue
Claremont, CA 91711
Teléfono: (909) 621-8151

Detener Beneficios: Si desea detener su cubertura en un plan pagado *después* de impuestos (p.ej., seguro de vida) o desea preguntar si existe una aprobación especial para detener su cubertura en un plan pagado *antes* de impuestos mientras usted está en baja de ausencia, entregue su solicitud por escrito a la Administración de Beneficios de TCCS.

Firma de Empleado _____ Fecha: _____

Si hace su firma con una X, debe ser avalado por un testigo y proporcionar su dirección.

Firma de Testigo: _____ Dirección: _____

TRAVELERS

Red de Proveedores Médicos (MPN) - California

Compensación al Trabajador - Notificación de la Red de Proveedores Médicos (MPN) Información Importante Acerca de la Atención Médica Para Su Lesión O Enfermedad Relacionada Con El Trabajo

Si usted sufre una lesión en el trabajo, las leyes de California le exigen a su empleador que proporcione y pague el tratamiento médico. Su empleador proporcionará esta atención médica mediante una red de proveedores médicos (Medical Provider Network, MPN) para la indemnización laboral. Este documento incluye preguntas frecuentes sobre el programa y sus derechos cuando elige un tratamiento para enfermedades y lesiones relacionadas con el trabajo. Su empleador está utilizando Travelers TravNet MPN con el número de identificación 2493.

1. **¿Qué es una Red de proveedores médicos (MPN)?**

   Una red de proveedores médicos es un grupo de proveedores de atención médica (médicos y otros tipos de proveedores) que administrarán y dirigirán cualquier atención médica que reciba si sufre una lesión en el trabajo. La MPN también incluye proveedores complementarios como proveedores de equipo médico duradero y una red de farmacias. Los proveedores de la MPN se especializan en lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y cumplen con las normas obligatorias de acceso a la atención de California.

   Las normas de acceso a la atención de la MPN de la División de Indemnización Laboral (Division of Workers' Compensation, DWC) de California exigen que un plan de la MPN proporcione al menos tres médicos de cada especialidad que traten las lesiones de los trabajadores indemnizados; que haya proveedores de tratamiento primario en un rango de 15 millas o 30 minutos y proveedores de atención especializada en un rango de 30 millas o 60 minutos desde su trabajo domicilio; que después de notificar la lesión al empleador, un empleado lesionado pueda concertar una cita para una visita de primer tratamiento para recibir servicios que no sean de emergencia dentro un plazo de tres días hábiles; y la cita con un especialista se hará dentro de un plazo de 20 días hábiles después de que la aseguradora reciba la solicitud de tratamiento.

   Además, las reglamentaciones exigen que los proveedores de la MPN utilicen pautas de tratamiento médico adoptadas por la DWC al tomar cualquier decisión relacionada con la atención médica o el tratamiento. Este plan de la MPN cumple con los requisitos de la DWC y, en el caso de que necesite atención médica en relación con el reclamo de indemnización laboral, es probable que reciba esta atención de los proveedores dentro de la MPN.

   Puede obtener información general con respecto a la MPN en el sitio web www.travelers.com/CAMPN:

2. **¿Cómo sé qué médicos, farmacias u otros proveedores médicos forman parte de la MPN?**

   Puede obtener una lista regional de todos los proveedores de la MPN en su área. Como mínimo, la lista regional debe incluir una lista de todos los proveedores de la MPN que se encuentran en un rango de 15 millas de su lugar de trabajo y/o residencia o una lista de todos los proveedores de la MPN dentro del condado donde usted vive y/o trabaja. Puede escoger cuál lista desea recibir. También tiene derecho a obtener una lista de todos los proveedores de la MPN al solicitarla.

   Hay varios métodos para ubicar a los proveedores de la MPN. Puede hacer lo siguiente:

   - Iniciar sesión en el sitio web www.travelers.com/CAMPN.
     - Hacer clic en el enlace "Encuentre a un Proveedor de la Red".
   - Comunicarse con su administrador de casos (de reclamos o médicos).
   - Comunicarse con el asistente de acceso médico de la MPN.
   - Comunicarse con su empleador.

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

TRAVELERS

Red de Proveedores Médicos (MPN) - California

Puede acceder a la lista de todos los médicos responsables de tratamientos en la MPN en el siguiente sitio web: www.travelers.com/CAMPN:

- Hacer clic en el enlace “Encuentre a un Proveedor de la Red”.
- Hacer clic en la pestaña “Directorios de CA MPN”
- Hacer clic en la pestaña “TravNet MPN Listado de Medicos Tratantes de la MPN de CA”

El asistente de acceso médico de la MPN podrá ayudarle a encontrar a los proveedores de la MPN de su elección que se encuentren disponibles y colaborará con usted si tiene problemas para concertar una cita con un proveedor de la MPN. El asistente de acceso médico de la MPN está disponible para programar citas médicas durante el horario de atención normal de los médicos y para asistirlo desde las 7:00 a.m. hasta las 8:00 p.m., hora del Pacífico, de lunes a sábado, en el número 800-287-9682 o por fax al número (877) 890-3258 o por correo electrónico a CAMPN@travelers.com. La asistencia está disponible en inglés y en español.

La Red de Proveedores Médicos (MPN) también ofrece consultas de telesalud si decide dar su consentimiento para recibir los servicios de telesalud y es determinado por personal médico calificado que una consulta de telesalud es apropiada para tratar su tipo de lesión. Las consultas de telesalud son voluntarias, y usted debe dar su consentimiento verbal o escrito si quiere una consulta de telesalud. Se requiere su consentimiento antes de la prestarle tratamiento de telesalud y debe estar documentado en su historial médico, de acuerdo con la sección 2290.5 (b) de los Códigos de Negocios y Profesiones. La evaluación/examen de telesalud la hará un médico con licencia de California dentro de su ámbito de práctica y cumple el mismo estándar de atención que una evaluación/examen médico presencial, incluyendo todos los requisitos de documentación médica necesaria y estándares de privacidad.

Los médicos de telesalud pueden prestar servicios a través de (a) telesalud únicamente; o (b) en instalaciones físicas y también a través de telesalud. Si decide dar su consentimiento para recibir los servicios de telesalud, se tomará en cuenta el médico de telesalud únicamente al determinar si la MPN cumplió los estándares de acceso. Si no da su consentimiento o retracta su consentimiento para recibir servicios de telesalud antes del tratamiento de telesalud, no se tomará en cuenta el médico de telesalud al determinar si la MPN cumplió los estándares de acceso.

Si decide dar su consentimiento para recibir los servicios de telesalud con un médico que presta servicios en una instalación física y también a través de telesalud, se tomará en cuenta el médico al determinar si la MPN cumplió los estándares de acceso. Si no da su consentimiento o retracta su consentimiento para recibir servicios de telesalud antes del tratamiento de telesalud, la inclusión del médico en la determinación del cumplimiento de la MPN delas normas de acceso depende de si el consultorio físico del médico está o no a una distancia de 30 minutos o 15 millas (si es el médico tratante primario), o a una distancia de 60 minutos o 30 millas (si es especialista), de su residencia o lugar de trabajo, de acuerdo con el Título 8 del Código de Regulaciones de California (CCR) § 9767.5(a)(1) y (a)(2).

Si detecta errores en la lista de proveedores, informe los errores al asistente de acceso médico de la MPN llamando al 800-287-9682 o por correo electrónico a CAMPN@travelers.com oTravelers CA TravNet MPN, P.O. Box 660055, Dallas, TX 75266-0055.

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

TRAVELERS

Red de Proveedores Médicos (MPN) - California

3. **¿Qué sucede si sufro una lesión en el trabajo?**
   Si contrae una enfermedad o sufre una lesión relacionada con el trabajo y se trata de una emergencia, llame al 911 o diríjase al centro médico de emergencia más cercano. Debe dar aviso a su empleador lo antes posible luego de un tratamiento de emergencia. Si su lesión o enfermedad no es una emergencia, avise a su empleador que ha sufrido una lesión relacionada con el trabajo de manera oportuna después de la fecha de la lesión. Su empleador o aseguradora concertarán una cita inicial con un médico de la MPN.

4. **¿Cómo elijo un proveedor?**
   Luego de la primera visita con el proveedor de la MPN para tratar su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede continuar el tratamiento con este médico o puede elegir otro proveedor de la MPN que sea adecuado para tratar su lesión. Si es necesario, puede elegir un especialista o pedirle al médico responsable de su tratamiento que le recomiende un especialista para el tratamiento. Puede continuar eligiendo médicos dentro de la MPN para toda su atención médica para esa lesión. Si necesita ayuda para elegir un médico de la MPN o tiene problemas para concertar una cita con el médico de la MPN, comuníquese con su administrador de casos (de reclamos o médicos) o con el asistente de acceso médico de la MPN para que lo asistan.
   Si necesita ver un tipo de especialista que no está disponible en la MPN, tiene derecho a ver a un especialista fuera de la MPN.

5. **¿Puedo cambiar de proveedores?**
   Sí. Puede cambiar de proveedores dentro de la MPN por cualquier motivo, pero los proveedores que usted escoja deben ser los adecuados para tratar su lesión. Por favor, comuníquese con su Administrador de casos (de reclamos o médicos) o con el Asistente de acceso médico de la MPN si desea cambiar al médico responsable de su tratamiento.

6. **¿Qué sucede si no hay proveedores en mi zona?**
   La MPN cuenta con proveedores disponibles en todo el estado de California. Si no puede encontrar un médico o especialista adecuado para su tratamiento que esté disponible en su zona, comuníquese con su Administrador de casos (de reclamos o médicos) o con el Asistente de acceso médico de la MPN para que lo asistan. Si no hay proveedores de la MPN de la especialidad adecuada disponibles para tratar su lesión dentro de la distancia y plazo requeridos, se le permitirá que busque el tratamiento necesario fuera de la MPN.

7. **¿Qué sucede si estoy autorizado por mi empleador para trabajar o viajar temporalmente fuera del área geográfica de servicios de la MPN?**
   Si su empleador le ha autorizado a trabajar o viajar temporalmente fuera del área geográfica de servicios de la MPN y surge la necesidad de recibir atención médica que no sea de emergencia, podrá tratarse con un proveedor de su elección. También puede comunicarse con el asistente de acceso médico de la MPN o con su administrador de casos (de reclamos o médicos). Podrá elegir uno de tres médicos fuera del área geográfica de servicios de la MPN para recibir atención médica. Estos proveedores serán seleccionados por el médico responsable de su tratamiento primario, que forma parte de la MPN, o por el asistente de acceso médico de la MPN. **Si su lesión exige atención de emergencia, llame al 911 o diríjase al centro de tratamiento médico de emergencia más cercano.**

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

TRAVELERS

Red de Proveedores Médicos (MPN) - California

8. **¿Qué sucede si decido vivir de forma permanente o temporal fuera del área geográfica de servicios de la MPN durante mi recuperación?**
   Si usted es un empleado actual que está viviendo temporalmente fuera del área geográfica de servicio de la MPN o es un ex-empleado que reside permanentemente fuera del área geográfica de servicio de la MPN y surge la necesidad de atención médica que no es de emergencia, puede recibir tratamiento con un proveedor de su elección. También puede comunicarse con su administrador de casos (de reclamos o médicos) o con el asistente de acceso médico de la MPN. Podrá elegir uno de tres médicos fuera del área geográfica de servicios de la MPN para recibir atención médica. Esos proveedores serán seleccionados por el médico responsable de su tratamiento primario, que participa en la MPN, su Administrador de casos o el Asistente de acceso médico de la MPN. **Si su lesión exige atención de emergencia, llame al 911 o diríjase al centro de tratamiento médico de emergencia más cercano.**

9. **¿Qué sucede si ya recibo tratamiento por una lesión relacionada con el trabajo antes de la MPN?**
   La MPN tiene una política de "Transferencia de la Atención", que determinará si usted puede seguir siendo tratado temporalmente por una lesión existente relacionada con el trabajo por un médico fuera de la MPN antes de que su atención sea transferida a la MPN.

   Si su médico actual no es o no se convierte en miembro de la MPN, entonces, se le puede exigir a usted que vea a un médico de la MPN. Sin embargo, si se le ha designado previamente un médico responsable de su tratamiento primario, no puede ser transferido a la MPN. (Si tiene preguntas acerca de la designación previa, comuníquese con su supervisor).

   Si su Administrador de casos (de reclamos o médicos) decide transferirlo a la MPN, usted y el médico responsable de su tratamiento primario recibirán una carta en la que se le notificará la transferencia.

   Si cumple ciertas condiciones, usted puede calificar para seguir el tratamiento con un médico que no pertenece a la MPN por un año, como máximo, antes de ser transferido a la MPN.

   Puede calificar para seguir el tratamiento con su proveedor que no pertenece a la MPN a través de la transferencia de la atención hasta por un año si su lesión o enfermedad cumple con cualquiera de las siguientes condiciones:

   - (Grave) El tratamiento de su lesión o enfermedad será completado en menos de 90 días;
   - (Grave o crónico) Su lesión o enfermedad es de naturaleza grave y persiste al menos durante 90 días sin una cura completa o empeora y requiere tratamiento continuo. Se le puede permitir ser tratado por el médico actual responsable de su tratamiento por un año, como máximo, hasta que se pueda hacer la transferencia segura de la atención.
   - (Terminal) Usted tiene una enfermedad incurable o irreversible que probablemente provocará la muerte dentro de un año o menos.
   - (Cirugía pendiente) Usted ya ha tenido una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por su administrador de casos (de reclamos o médicos) que se realizará dentro de 180 días de la fecha efectiva de la MPN.

   Puede estar en desacuerdo con la decisión de transferir su atención a la MPN. Si no desea ser transferido a la MPN, solicite un

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

informe médico al médico primario responsable de su tratamiento sobre si usted tiene una de las cuatro condiciones establecidas anteriormente para calificar para posponer su transferencia a la MPN.

El médico responsable de su tratamiento primario tiene **20 días calendario** a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia del informe sobre su condición. Si el médico responsable de su tratamiento primario no le entrega el informe dentro de **20 días calendario** a partir de su solicitud, su Administrador de casos puede transferir su atención a la MPN y se le exigirá que use un médico de la MPN.

Será necesario que usted entregue una copia del informe a su Administrador de casos (de reclamos o médicos) si desea posponer la transferencia de su atención. Si usted o su Administrador de caso no están de acuerdo con el informe de su afección presentado por su médico, usted o su Administrador de caso pueden objetarle. Vea la política completa de Transferencia de la atención para conocer más detalles sobre el proceso de resolución de disputas.

Para obtener una copia de la política de "Transferencia de la atención", en inglés o en español, solicítela a su administrador de casos (de reclamos o médicos) o al asistente de acceso médico de la MPN.

10. **¿Qué sucede si ya estoy siendo tratado por un médico de la MPN que decide dejar la MPN?**

La MPN ha redactado la política de "Continuidad de la atención" que determinará si usted puede continuar el tratamiento temporalmente con su médico para una lesión existente, relacionada con el trabajo, si su médico ya no está participando en la MPN.

Si su Administrador de casos (de reclamos o médicos) decide que usted no califica para continuar su atención con el proveedor que no pertenece a la MPN, usted y el médico responsable de su tratamiento primario recibirán una carta en la que se le notificará esta decisión.

Si cumple ciertas condiciones, usted puede calificar para seguir el tratamiento con este médico durante un año, como máximo, antes de que tenga que elegir un médico de la MPN.

Puede calificar para seguir el tratamiento con su proveedor que no pertenece a la MPN a través de la continuidad de la atención hasta por un año si su lesión o enfermedad cumple con cualquiera de las siguientes condiciones:

- (Grave) El tratamiento de su lesión o enfermedad será completado en menos de 90 días;
- (Grave o crónico) Su lesión o enfermedad es de naturaleza grave y persiste al menos durante 90 días sin una cura completa o empeora y requiere tratamiento continuo. Se le puede permitir ser tratado por el médico actual responsable de su tratamiento por un año, como máximo, hasta que se pueda hacer la transferencia segura de la atención.
- (Terminal) Usted tiene una enfermedad incurable o irreversible que probablemente provocará la muerte dentro de un año o menos.
- (Cirugía pendiente) Usted ya ha tenido una cirugía u otro procedimiento que ha sido autorizado por su empleador o aseguradora que se realizará dentro de 180 días de la fecha de finalización del contrato entre la MPN y su médico.

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

Puede estar en desacuerdo con la decisión de su Administrador de casos de denegar la continuidad de su atención con el proveedor de la MPN cuyo contrato ha finalizado. Si usted desea continuar el tratamiento con el médico cuyo contrato ha finalizado, solicite al médico responsable de su tratamiento primario un informe médico sobre si usted cumple con una de las cuatro condiciones mencionadas en el recuadro anterior para ver si califica para continuar el tratamiento temporalmente con su médico actual.

El médico responsable de su tratamiento primario tiene **20 días calendario** a partir de la fecha de su solicitud para entregarle una copia de su informe sobre su afección. Si el médico responsable de su tratamiento primario no le entrega el informe dentro de **20 días calendario** después de su solicitud, se aplicará la decisión de su Administrador de casos de denegarle la continuidad de la atención con su médico que ya no participa en la MPN y a usted se le exigirá elegir un médico de la MPN.

Usted deberá entregar una copia del informe a su Administrador de casos si desea posponer la selección de otro médico de la MPN para continuar su tratamiento. Si usted o su Administrador de caso no están de acuerdo con el informe de su afección presentado por su médico, usted o su Administrador de caso pueden objetarle. Vea la política completa de Continuidad de la atención para obtener más detalles sobre el proceso de resolución de disputas.

Para obtener una copia de la política de "Continuidad de la atención", en inglés o en español, solicítela a su Administrador de casos (de reclamos o médicos) o al asistente de acceso médico de la MPN.

11. ¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con mi médico acerca del tratamiento médico?

Si no está de acuerdo con su médico o desea cambiar su médico por cualquier motivo, puede elegir otro médico dentro de la MPN.

Si no está de acuerdo con el diagnóstico o con el tratamiento que le ordenó su médico, puede pedir una segunda opinión de otro médico dentro de la MPN. Si desea una segunda opinión, debe comunicarse con su Administrador de casos (de reclamos o médicos) y decirle que desea una segunda opinión. La MPN debería entregarle al menos una lista de proveedores regionales de la MPN, según la especialidad o reconocida experiencia en el tratamiento de la lesión o afección en cuestión, para que pueda elegir un médico para una segunda opinión. Para obtener una segunda opinión, debe elegir un médico de la lista de la MPN y hacer una cita dentro de 60 días. Debe informar a su administrador de casos (de reclamos o médicos) sobre la fecha de su cita y este enviará al médico una copia de sus registros médicos. Puede solicitar una copia de sus registros médicos que serán enviados al médico.

Si no pide una cita **dentro de 60 días** después de haber recibido la lista regional de proveedores, no podrá tener una segunda o tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento en conflicto de este médico responsable del tratamiento.

Si el médico de segunda opinión considera que su lesión está fuera del tipo de lesión que él o ella trata, el consultorio del médico lo notificará a su Administrador del caso (de reclamos o médicos) y a usted. Recibirá otra lista de médicos o especialistas de la MPN para que pueda hacer otra selección.

Si no está de acuerdo con la segunda opinión, puede pedir una tercera opinión. Si solicita una tercera opinión, pasará por el mismo proceso que siguió para la segunda opinión.

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

TRAVELERS

Red de Proveedores Médicos (MPN) - California

Recuerde que si no pide una cita dentro de los **60 días** de haber recibido otra lista de proveedores de la MPN, no se le permitirá tener una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento en conflicto de este médico responsable del tratamiento.

Si no está de acuerdo con el médico de tercera opinión, puede solicitar una Revisión médica independiente (Independent Medical Review, IMR) de la MPN. Su administrador de casos de reclamos le dará información para solicitar una revisión médica independiente y un formulario en el momento en que usted seleccione un médico para una tercera opinión.

Si el médico para la segunda o la tercera opinión, o el revisor médico independiente de la MPN está de acuerdo con su necesidad de tratamiento o examen, se le puede permitir que reciba el servicio médico de parte de un proveedor dentro de la MPN y si la MPN no tiene un médico que pueda proveer el tratamiento recomendado, puede elegir un médico fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable.

12. ¿Qué sucede si necesito despachar una receta?

La MPN incluye médicos y farmacias. Si el médico responsable de su tratamiento de la MPN le receta un medicamento, debe obtener tal medicamento recetado en una farmacia de la red. Healthesystems®, nuestro administrador de beneficios de farmacia, procesará en forma electrónica su receta sin que usted tenga que incurrir en gastos. Para acceder a la lista completa de farmacias de la MPN, inicie sesión en www.travelers.com/CAMPN y haga clic en el enlace "Find a Network Medical Provider" (Encuentre a un proveedor de la red).

También puede visitar el sitio web de Healthesystems en www.healthesystems.com. Si necesita ayuda para encontrar una farmacia de la MPN, comuníquese con su administrador de casos (de reclamos o médicos) o con el asistente de acceso médico de la MPN.

Para facilitarles a usted y al farmacéutico el procesamiento de sus medicamentos en línea, necesitará la siguiente información:

- Id. de miembro (número de reclamo + TRV).
- Número de ubicación: 012874.
- Servicio de asistencia de farmacias Healthesystems: (877) 528-9497.

Si tiene preguntas o inquietudes sobre sus beneficios de farmacia, comuníquese con su administrador de casos (de reclamos o médicos).

13. ¿Qué sucede si tengo preguntas o necesito ayuda para comprender la MPN?

Deberá hacer referencia a Travelers TravNet MPN y el Número de identificación de la MPN 2493 cuando tenga preguntas o solicitudes acerca de la MPN.

Siempre puede comunicarse con su administrador de casos o con el asistente de acceso médico de la MPN cuando necesite ayuda o más detalles sobre su tratamiento médico. **Puede comunicarse con el asistente de acceso médico de la MPN al siguiente número: 800-287-9682.**

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

Red de Proveedores Médicos (MPN) - California

El contacto de MPN también puede responder a preguntas acerca del uso de la MPN y abordará cualquier queja con respecto a la MPN. Se puede comunicar por teléfono con el contacto de la MPN al 800-287-9682 o por correo electrónico a CAMPN@travelers.com or Travelers CA TravNet MPN, P.O. Box 660055, Dallas, TX 75266-0055.

Oficina de información y asistencia de la DWC: si tiene alguna inquietud, queja o pregunta sobre la MPN, el proceso de notificación o su tratamiento médico luego de una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, puede llamar al **agente de información y asistencia de la División de Indemnización Laboral al 1-800-736-7401.**

Revisión médica independiente: si tiene preguntas acerca del proceso de revisión médica independiente de la MPN, puede comunicarse con la Unidad Médica de la División de Indemnización Laboral a la siguiente dirección:

Division of Workers' Compensation's Medical Unit
P.O. Box 71010 Oakland, CA 94612
(510) 286-3700 o (800) 794-6900

The Travelers Indemnity Company and its property casualty affiliates. One Tower Square, Hartford, CT 06183

This material is for informational purposes only. All statements herein are subject to the provisions, exclusions and conditions of the applicable policy. For an actual description of all coverages, terms and conditions, refer to the insurance policy. Coverages are subject to individual insureds meeting our underwriting qualifications and to state availability.

© 2020 The Travelers Indemnity Company. All rights reserved. Travelers and the Travelers Umbrella logo are registered trademarks of The Travelers Indemnity Company in the U.S. and other countries. CE-10370-CAMPN Updated 12-20

THE CLAREMONT COLLEGES
SERVICES

Acuse de Recibo de Información Sobre la Red de Proveedores Médicos (MPN)

Por mi firma abajo, yo reconozco que he recibido información sobre el uso por mi empleador de una Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés) para reclamaciones de Compensación al Trabajador para lesiones y enfermedades laborales.

Nombre Entero del Empleado: _____

Empleador: Seleccione su Empleador _____ Departamento: _____

Firma de Empleado: _____ Fecha: _____

Instrucciones/Instructions

Empleado: Entregue esta forma a su supervisor u a la Oficina de Recursos Humanos de su empleador.
Employer: Place this form in the employee's personnel file.

TCCS Workers' Compensation Administration | 101 S Mills Avenue, Claremont, CA,91711
Email disability@claremont.edu | Phone (909) 607-9493 | Fax (909) 607-*9688*