

Red de Proveedores Medicos (Para el Tratamiento de lesiones en el trabajo)

Nos complace introducir la red de proveedores médicos (MPN) para compensación al trabajador en California desarrollada por Sedgwick Claims Management Services, Inc. (Servicios para el manejo de reclamos Sedgwick, Inc.). La meta de la MPN es asistir para asegurar que los trabajadores lesionados reciban los cuidados médicos apropiados y de alta calidad enfocado en que el individuo vuelva a un estilo de vida productivo tan pronto como sea apropiado en términos médicos. La siguiente información se ha desarrollado tanto para explicar la MPN como para la participación de usted en caso de que haya algún accidente o lesión relacionada al trabajo.

Las leyes de California requieren que su empleador proporcione y pague el tratamiento médico si usted se lesionó en el trabajo. Su empleador, Los Angeles Unified School District ha elegido proporcionar este cuidado médico usando Sedgwick CMS Medical Provider Network (Red de Proveedores Médicos de Sedgwick CMS)

Esta notificación le dice lo que necesita saber sobre el programa de la MPN y describe sus derechos al elegir el cuidado médico para lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Es muy importante que usted lea esta información cuidadosamente. Si tiene algunas preguntas, comuníquese con su supervisor o con su examinador del reclamo de Sedgwick CMS.

Derechos y Responsabilidades de los Empleados

Usted es responsable de:

- Informar con prontitud a su supervisor(a) sobre cualquier lesión o enfermedad relacionada con el trabajo.
- Cooperar y ser cortés con el Coordinador de Atención Médica, el Médico de Atención Primaria, el Médico Especialista, el Enfermero o Enfermera Gerente del Caso y el Examinador o Examinadora de Reclamaciones.
- Asegurar que todo el tratamiento sea recibido de la Red de Proveedores Médicos, excepto en casos de emergencia o en otras circunstancias permisibles.
- Cumplir todas las citas.
- Regresar a trabajar tan pronto como su médico dictamine que puede hacerlo.

Usted tiene derecho a:

- Atención médica pronta y de calidad para su lesión en el lugar de trabajo.
- Ser tratado(a) cortésmente por su Coordinador de Atención Médica, Médico de Atención Primaria, Médico Especialista, Enfermero o Enfermera Gerente del Caso y el Examinador o Examinadora de Reclamaciones.
- Elegir el médico que desee dentro de la MPN en cualquier momento después de la evaluación médica inicial con un médico de la MPN.
- Solicitar una segunda opinión médica si usted no comparte el diagnóstico o plan de tratamiento.
- Solicitar una tercera opinión médica si no está de acuerdo con la Segunda Opinión Médica.
- Solicitar una Revisión Médica Independiente por parte del Director Administrativo si no está satisfecho(a) con la tercera opinión médica.
- Que le sean respondidas todas sus preguntas relacionadas con la atención médica y la reclamación de manera tal que usted lo entienda.

Preguntas Frecuentes

¿Qué servicios ofrece la MPN?

Todos los diagnósticos y tratamientos de las lesiones o enfermedades para los empleados cubiertos serán realizados por los médicos y demás proveedores designados dentro de la MPN. Los proveedores dentro de la MPN seguirán todas las pautas de tratamiento médico aplicables y le permitirán a los empleados cubiertos elegir dentro de los proveedores de la red después de la primera cita. La MPN también ofrecerá oportunidades para una segunda y tercera opiniones si usted está en desacuerdo con el diagnóstico o el tratamiento ofrecido por el médico tratante. Cualquier servicio auxiliar requerido para aumentar el diagnóstico y tratamiento de lesiones o enfermedades será obtenido a través de proveedores de servicios contratados para Sedgwick CMS según lo designado en el plan de la MPN.

¿Qué debo hacer si sufro una lesión, o me enfermo, como resultado de mi trabajo?

Como sucede con cualquier accidente o enfermedad laboral, la primera cosa que usted debe hacer es notificar a su supervisor(a). Su supervisor(a) está preparado(a) para ayudar con la notificación inicial de la lesión y la selección de un médico de la MPN.

¿Qué pasa si mi empleador controvierte mi lesión?

Usted puede tener derecho a recibir tratamiento incluso si su empleador inicialmente controvierte su lesión. Hasta la fecha en que la reclamación sea rechazada, la responsabilidad del empleador por la reclamación se limitará a diez mil dólares, pero esto no garantiza que usted recibirá atención médica hasta por este límite de diez mil dólares. El tratamiento puede continuar hasta que el empleador tome la decisión de denegar su reclamación. Este tratamiento debe hacerse en todo caso dentro de la MPN.

¿Si la lesión es menor, debo reportarla en todo caso?

Toda lesión, sin importar que tan leve sea, debe ser puesta en conocimiento de su supervisor(a) inmediatamente. Sin la atención médica apropiada, incluso una situación sencilla puede dar lugar a complicaciones.

¿Puedo recibir tratamiento de mi médico personal si lo(a) he predesignado antes de la lesión?

Si, usted puede recibir tratamiento de su médico personal por fuera de la MPN si usted lo(a) predesigna de manera apropiada antes de la lesión. Lo siguiente debe aplicar:

1. El Empleador debe ser notificado sobre la designación previa antes de la lesión.
2. El Empleador debe suministrar cobertura grupal de salud no ocupacional.
3. El médico es el proveedor de atención primaria del empleado, ha dirigido tratamientos médicos anteriormente, y conserva los registros médicos del empleado, incluido su historial.
4. El médico debe estar de acuerdo para ser predesignado.

¿Qué debo hacer en caso de una emergencia?

Lo más importante es obtener atención médica inmediata en la sala de emergencias más cercana. Su médico o un miembro de la familia puede notificar a su supervisor(a) sobre la situación. Su supervisor(a) trabajará con usted y con su médico para que usted ingrese a la MPN.

¿Cómo puedo acceder a un médico de la MPN?

Usted puede acceder a la Red de Proveedores Médicos (MPN) siguiendo los pasos descritos a continuación:

1. Ingrese a www.coventrywcs.com
2. Seleccione Client Log In y Tools
3. Seleccione el botón radial para FOCUS/Conventry Login (GeoAccess Channeling Tools)
4. En la pantalla de identificación del cliente, escriba:
 - a. Sedgwickkaisercampn para la Red de Proveedores de Atención Médica Extendida de Sedgwick CMS con los médicos de Kaiser, o
 - b. Sedgwickcampn para la Red de Proveedores de Atención Médica de Sedgwick CMS sin los médicos de Kaiser

Siga las instrucciones que aparecerán en la pantalla para encontrar proveedores en su área geográfica. Cuando haya elegido un médico dentro de la MPN, llame al médico y suminístrele su información personal, nombre del empleador, número de reclamación, y que Sedgwick CMS es el tercero administrador del empleador o la compañía de seguros. Para obtener asistencia adicional, puede llamar a su examinador(a) de reclamaciones o al Coordinador de la MPN de Sedgwick CMS al 800-625-6588.

Si no tiene acceso a internet, puede obtener una lista de proveedores solicitándola a su supervisor(a) o poniéndose en contacto con el coordinador de la MPN en el (800) 625-6588.

¿Cómo obtengo atención médica inicial o subsiguiente?

En caso de una lesión relacionada con el trabajo, siga el procedimiento de la compañía para reportarla notificándola a su supervisor(a). Una vez haya reportado el incidente, su supervisor(a) lo(a) dirigirá a un médico para una evaluación inicial. Luego de esta evaluación, usted tiene derecho a permanecer con este proveedor o seleccionar un médico tratante dentro de la MPN. Como paciente en la MPN, usted tiene el derecho de visitar un médico cerca de su hogar o lugar de trabajo. Si tiene que viajar más de 15 millas o 30 minutos para ver a su médico tratante o 30 millas o 60 minutos para ver un especialista, debe informarlo a su contacto de la MPN. Si vive en un área rural, se ofrecerá tratamiento disponible y asequible en tiempos razonables para todos los empleados cubiertos con residencia o lugar de trabajo a más de 30 millas de una instalación de salud de la MPN a través de un proveedor no contratado de fuera de la red. Si usted está viviendo temporalmente a fuera del área de servicio o si usted es un ex-empleado que reside permanentemente fuera del MPN área geográfica de servicio, usted puede solicitar un proveedor médico de servicios regulares (no emergencia). Por favor entre a la página de Internet www.coventrywcs.com. Usted también puede comunicarse con su representante de su reclamo para asistencia. Si usted no ha podido encontrar a un

proveedor de servicios médicos en esta página del Internet, usted puede solicitar un proveedor/médico de su opción.

¿Puedo cambiar de proveedores?

Sí, usted tiene derecho de cambiar su médico si no está satisfecho(a); sin embargo, el tratamiento médico debe ser prestado dentro de la MPN.

¿Qué hago si tengo problemas para obtener una cita dentro de la MPN?

Le agradecemos ponerse en contacto con su examinador(a) de reclamaciones si enfrenta dificultades para programar una cita u obtener tratamiento con un proveedor dentro de la MPN. También puede llamar al Coordinador de la MPN al (800) 625-6588 para solicitar asistencia.

¿Qué hago si necesito acudir donde un(a) especialista?

Si su médico tratante no puede prestarle la atención necesaria para su recuperación, él o ella lo(a) remitirán a un(a) especialista de la MPN apropiado(a) para su lesión. Para obtener información sobre cómo acudir a un especialista en su área geográfica, póngase en contacto con su examinador(a) de reclamaciones o el coordinador de la MPN al (800) 625-6588. También puede tener acceso al listado de especialistas siguiendo las instrucciones bajo “¿Cómo puedo acceder a un médico de la MPN?” (“How do I access an MPN physician?”). Usted mismo(a) tiene la opción de seleccionar un(a) especialista.

¿Si sufro una lesión o me enfermo mientras estoy en viaje de trabajo, qué debo hacer?

En caso de requerir tratamiento médico por un accidente o enfermedad relacionados con el trabajo mientras se encuentra fuera del área de servicio, NO retrase el tratamiento hasta regresar a casa. Su salud y bienestar son lo más importante y no deben tomarse a la ligera. Usted puede encontrar médicos en otros estados en www.coventrywcs.com.

Para una situación que no sea de emergencia

Si su situación médica no tiene el carácter de emergencia, llame a su supervisor(a) inmediatamente para comentarle la situación. Él o ella puede dirigirle a un médico de la MPN que esté cerca de donde usted está viajando. Usted luego recibirá tratamiento inmediato de dicho médico, y puede ser remitido(a) a otro médico de la red que le resulte más conveniente cuando regrese a casa.

Para una situación de emergencia

Naturalmente, no se espera que usted se ponga en contacto con su supervisor(a) antes de recibir tratamiento médico en una situación de emergencia. Las emergencias son definidas como enfermedades que se manifiestan mediante síntomas agudos o con la suficiente gravedad como para esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pueda poner en serio peligro la salud del

paciente. Cuando usted haya recibido la atención médica de emergencia requerida, usted (o un miembro de su familia) debe ponerse en contacto con su supervisor(a). Su supervisor(a) se pondrá entonces en contacto con su examinador(a) de reclamaciones, quien trabajará con el médico tratante. Esta coordinación continuará cuando usted regrese a casa.

¿Qué pasa si tengo alguna inquietud con respecto a mi médico?

Sus opiniones son muy importantes. Usted puede manifestar su inquietud llamando a su examinador(a) de reclamaciones o enfermero(a) gerente del caso. Ellos trabajarán con usted para resolver su inquietud con respecto al médico. También puede ponerse en contacto con el coordinador de la MPN al (800) 625-6588. Recuerde, como se mencionó antes, que usted tiene derecho de cambiar de médico dentro de la MPN.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la decisión de tratamiento tomada por mi médico o si deseo cambiar de médico?

Si usted controvierte o bien el diagnóstico o bien el tratamiento recetado por el médico tratante, puede obtener una segunda y, de ser necesario, una tercera opinión de médicos dentro de la MPN. Durante este proceso, usted puede tratar con su médico tratante o con un médico de su elección dentro de la red de la MPN. Le agradecemos remitirse a “¿Cómo puedo acceder a un médico de la MPN?” (“How do I access an MPN physician?”).

Segunda Opinión

Si usted controvierte o bien el diagnóstico o bien el tratamiento recetado por el médico tratante, puede obtener una segunda y una tercera opinión de un médico dentro de la MPN. Usted se hace responsable de:

- (1) informar al examinador o examinadora de reclamaciones, verbalmente o por escrito, que usted controvierte la opinión del médico tratante y solicita una segunda opinión;
- (2) seleccionar un(a) médico o especialista de un listado de proveedores disponibles de la MPN;
- (3) programar una cita con el médico que dará la segunda opinión dentro de los siguientes 60 días e indicar si solicita un examen físico; e
- (4) informar la fecha de su cita a su examinador(a) de reclamaciones.

El examinador o examinadora de reclamaciones es responsable de:

- (1) suministrarle a usted un listado de proveedores y/o de especialistas de la MPN del área regional, basado en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión;
- (2) informarle a usted sobre su derecho de solicitar una copia de los registros médicos que serán enviados al médico que dará la segunda opinión;
- (3) ponerse en contacto con el médico tratante y suministrarle una copia de los registros médicos o enviar los registros médicos necesarios al

médico que dará la segunda opinión antes de la fecha de la cita;

- (4) suministrarle a usted una copia de los registros;
- (5) notificar por escrito al médico que dará la segunda opinión que él o ella fue elegido(a) para dar una segunda opinión, e informarle acerca de la naturaleza de la controversia.

Si la cita no se hace dentro de los 60 días siguientes al recibo del listado de los proveedores disponibles de la MPN, entonces se considerará que usted ha renunciado al proceso de obtención de una segunda opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido de este médico tratante.

Si, después de repasar sus registros médicos, el médico a cargo de dar la segunda opinión determina que su lesión está fuera del ámbito de su práctica médica, el médico notificará al examinador o examinadora de reclamaciones con el fin de que le puedan enviar a usted un nuevo listado de proveedores y/o especialistas de la MPN con base en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión.

Tercera Opinión

Si usted está en desacuerdo ya sea con el diagnóstico o con el tratamiento recetado por el médico que dio la segunda opinión, puede buscar la opinión de un tercer médico dentro de la MPN. Usted es responsable de:

- (1) informar al examinador o examinadora de reclamaciones o al enfermero(a) gerente del caso, verbalmente o por escrito, que usted controvierte la opinión del médico tratante y que solicita una tercera opinión;
- (2) seleccionar un(a) médico o especialista de un listado de proveedores disponibles de la MPN;
- (3) programar una cita con el médico que dará la tercera opinión dentro de los siguientes 60 días e indicar si solicita un examen físico; e
- (4) informar la fecha de la cita a su examinador(a) de reclamaciones.

El examinador o examinadora de reclamaciones es responsable de:

- (1) suministrarle al empleado un listado de proveedores y/o de especialistas de la MPN del área regional, basado en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión;
- (2) informarle a usted sobre su derecho de solicitar una copia de los registros médicos que serán enviados al médico que dará la tercera opinión;
- (3) ponerse en contacto con el médico tratante y suministrarle una copia de los registros médicos o enviar los registros médicos necesarios al médico que dará la tercera opinión antes de la fecha de la cita;
- (4) suministrarle a usted una copia de los registros;
- (5) notificar por escrito al médico que dará la tercera opinión que él o ella fue elegido(a) para dar una tercera opinión, e informarle acerca de la naturaleza de la controversia.

Si la cita no se hace dentro de los 60 días siguientes al recibo del listado de los proveedores disponibles de la MPN, entonces se considerará que usted ha renunciado al proceso de

obtención de una tercera opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido de este médico tratante.

Si, después de repasar los registros médicos del empleado cubierto, el médico a cargo de dar la tercera opinión determina que su lesión está fuera del ámbito de su práctica médica, el médico notificará al examinador o examinadora de reclamaciones con el fin de que le puedan enviar a usted un nuevo listado de proveedores y/o especialistas de la MPN con base en la especialidad o experiencia reconocida en el tratamiento de la lesión o enfermedad específica en cuestión.

Los médicos que emitan la segunda y tercera opinión deberán dar su opinión con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido por escrito, y ofrecer recomendaciones alternativas de diagnóstico o de tratamiento, de ser aplicables. Todo tratamiento recomendado deberá estar de conformidad con la sección 4616(e) del Código Laboral. Los médicos que emitan la segunda y tercera opinión pueden ordenar pruebas diagnósticas si médicamente necesario. Una copia del informe escrito debe ser suministrada al empleado(a), a la persona designada por nosotros, y a su médico tratante dentro de los 20 días siguientes a la fecha de la cita o a la fecha de recibo de los resultados de los exámenes diagnósticos, la que sea más tarde.

¿Qué pasa si no estoy de acuerdo con la opinión del tercer médico?

Si usted no está de acuerdo con el médico que emite la tercera opinión, puede hacer una solicitud de Revisión Médica Independiente presentando una Solicitud de Revisión Médica Independiente ante el Director Administrativo. Si la tercera opinión que usted ha solicitado resuelve su controversia, no hay necesidad de solicitar una revisión médica independiente. Su examinador(a) de reclamaciones le suministrará información detallada acerca de cómo solicitar una Revisión Médica Independiente si usted pide una tercera opinión. En la sección que sigue se describe el proceso en detalle.

¿Cómo se obtiene una Revisión Médica Independiente?

Si usted controvierte el servicio de diagnóstico, el diagnóstico mismo, o el tratamiento médico recetado por el médico que dio la segunda opinión, puede buscar la opinión de un tercer médico dentro de la MPN. Usted y el empleador o asegurador deben cumplir con los requisitos de la sección 9767.7 (d). Adicionalmente, al momento de la selección de un médico para obtener una tercera opinión, su examinador(a) de reclamaciones deberá notificarle sobre el proceso de Revisión Médica Independiente y suministrarle una "Solicitud de Revisión Médica Independiente" según lo dispuesto en la sección 9768.10. El examinador o examinadora de reclamaciones (contacto de la MPN) debe llenar la "sección de contactos de la MPN" del formulario y listar la especialidad del médico tratante y una especialidad alternativa, si la hubiere, que sea diferente de la especialidad del médico tratante.

Si usted controvierte el servicio de diagnóstico, el diagnóstico mismo o el tratamiento médico recetado por el médico que dio la tercera opinión, puede pedir una Revisión Médica Independiente presentando la solicitud antes mencionada debidamente diligenciada ante el Director Administrativo. Usted debe llenar la "sección del empleado" del formulario, indicar en el mismo si solicita un examen en persona o una

revisión de los registros, y puede indicar una especialidad alterna, si la hubiere, que sea diferente a la del médico tratante.

El Director Administrativo seleccionará un Revisor Médico Independiente (IMR por su sigla en inglés) con una especialidad adecuada dentro de los diez días hábiles siguientes al recibo del formulario de Solicitud de Revisión Médica Independiente. La selección del IMR por parte del Director Administrativo se basará en la especialidad del médico tratante, las especialidades alternativas listadas por usted y el o la examinador(a) de reclamaciones, y la información presentada con la solicitud.

Si usted solicita un examen en persona, el Director Administrativo seleccionará aleatoriamente del listado de revisores médicos independientes disponibles, un médico con una especialidad apropiada y un consultorio ubicado dentro de un radio de hasta treinta millas de la dirección de su residencia. Si solo hay un médico con una especialidad apropiada dentro del radio de treinta millas de la dirección de su residencia, dicho médico será seleccionado como revisor médico independiente. Si no hay médicos con la especialidad apropiada que tengan consultorios dentro del radio de treinta millas de su dirección, el Director Administrativo buscará dentro de incrementos progresivos de cinco millas, hasta ubicar un médico. Si no hay médicos disponibles con esta especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad con base en la información presentada.

Si usted solicita una revisión de registros, entonces el Director Administrativo elegirá aleatoriamente un médico con una especialidad apropiada del listado de revisores médicos independientes disponibles para que sea el IMR. Si no hay médicos con una especialidad apropiada, el Director Administrativo puede elegir otra especialidad con base en la información presentada.

El Director Administrativo enviará notificación por escrito indicando el nombre y la información de contacto del IMR a usted, su abogado (si aplica), el o la examinador(a) de reclamaciones y el IMR. El Director Administrativo enviará copia de la Solicitud de Revisión Médica Independiente debidamente completada al IMR.

Usted, el examinador(a) de reclamaciones, o el IMR seleccionado pueden objetar la selección del IMR dentro de los 10 días calendario siguientes al recibo del nombre del IMR, si existe un conflicto de intereses según lo definido en la sección 9768.2. Si el IMR determina que él o ella no practica la especialidad apropiada, el o la IMR deberá retirarse dentro de los 10 días calendario siguientes al recibo de la notificación de la selección. Si se verifica la existencia de un conflicto de intereses o el IMR se retira, el Director Administrativo deberá seleccionar otro(a) IMR con la misma especialidad. Si no hay médicos disponibles con la misma especialidad, el Director Administrativo puede seleccionar un(a) IMR con otra especialidad basándose en la información presentada y de conformidad con el procedimiento descrito arriba para un examen en persona y para una revisión de registros.

Si usted solicita un examen en persona, dentro de los 60 días calendario siguientes al recibo del nombre del IMR usted debe ponerse en contacto con el IMR para programar una cita. Si no se pone en contacto con el IMR para pedir una cita dentro de los 60 días calendario siguientes al recibo del nombre del

IMR, entonces se considerará que usted ha renunciado al proceso de IMR con respecto al diagnóstico o tratamiento controvertido ordenado por este médico tratante. El IMR programará una cita con usted dentro de los 30 días calendario siguientes a su solicitud de cita, a no ser que todas las partes acuerden una fecha posterior. El IMR le notificará la fecha de la cita al examinador o examinadora de reclamaciones.

Usted debe dar notificación por escrito al Director Administrativo y al examinador o examinadora de reclamaciones si decide retirar la solicitud de una revisión médica independiente.

Durante este proceso, usted debe continuar su tratamiento con el médico tratante o con un médico de su elección dentro de la MPN, según lo contemplado en la sección 9767.6.

¿Con quién debo ponerme en contacto si tengo preguntas sobre la MPN?

Le agradecemos ponerse en contacto con su examinador(a) de reclamaciones si tiene preguntas acerca de la MPN. También puede ponerse en contacto con el Coordinador de la MPN en el (800) 625-6588. Si tiene problemas para obtener una cita o atención médica apropiada, su examinador(a) de reclamaciones le ayudará hasta que el asunto sea resuelto.

¿Qué pasa si considero que necesito ayuda del Director Administrativo?

Puede ponerse en contacto con su Funcionario de Información y Asistencia en la Junta local de Apelaciones de Indemnizaciones Laborales. Su examinador(a) de reclamaciones le dará el número de teléfono de la oficina ubicada más cerca de usted.

¿Qué es Continuidad de la Atención?

Continuidad de la Atención es el procedimiento que describe cómo el Empleador o Asegurador proveerá el tratamiento médico en caso de que su médico deje de ser miembro de la MPN. La continuidad de la atención se explica en la Política de Continuidad de la Atención adjunta.

¿Qué es Transferencia de la Atención y cómo opera?

Transferencia de la Atención es el procedimiento que describe cómo el Empleador o Asegurador transferirá su tratamiento continuado para una lesión sujeta a indemnización laboral que requiera tratamiento médico dentro de la MPN para atención médica adicional. La transferencia de la atención se explica en la Política de Transferencia de la Atención adjunta.

Política de Continuidad de la Atención

Política: El Empleador o Asegurador le suministrará a todos los empleados que ingresen al sistema de indemnizaciones laborales una notificación por escrito sobre su política de continuidad de la atención que además contenga información con respecto al proceso para que un empleado solicite una revisión bajo la póliza. El Empleador o Asegurador también suministrará, cuando le sea solicitada, una copia de la póliza por escrito a todo empleado.

Procedimiento:

1. **Conclusión del tratamiento por parte de un proveedor médico cuya vinculación se haya dado por terminada.** El Empleador o Asegurador deberá, a solicitud de un empleado lesionado, prestar el tratamiento completo según lo estipulado en este anexo por parte de un proveedor médico cuya vinculación se haya dado por terminada.

a) El tratamiento que esté siendo prestado por parte de un proveedor médico cuya membresía en la MPN se de por terminada será prestado por un proveedor médico desvinculado a un empleado lesionado quien, al momento de la terminación del contrato, estaba recibiendo servicios de dicho proveedor por una de las enfermedades descritas en el párrafo 1.b) a continuación.

b) El Empleador o Asegurador garantizará la culminación del tratamiento para las siguientes enfermedades, sujeto a la cobertura a través del sistema de indemnizaciones laborales antes de transferir el tratamiento médico adicional a un médico dentro de la MPN. En ese momento, el empleado tendrá los mismos derechos de seleccionar un nuevo médico u objetar la opinión del médico tratante primario tal y como se ha descrito previamente:

(i) Una condición aguda. Una condición aguda es una afección médica que involucra la repentina aparición de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera de una pronta atención médica y que tiene una duración limitada. La culminación del tratamiento será prestada durante la duración de la condición aguda. La duración de una condición aguda será de menos de noventa días.

(ii) Una condición crónica grave. Una condición crónica grave es una afección médica debida a una enfermedad, malestar, u otro problema médico o trastorno médico que es de naturaleza grave y que persiste sin curación total o empeora a lo largo de un período extendido de tiempo o requiere de tratamiento continuo para mantener la remisión o prevenir el deterioro. La culminación de tratamiento será suministrada durante un período de tiempo necesario para completar un curso de tratamiento y coordinar el traslado seguro a otro proveedor, según lo determine el Empleador o Asegurador consultando con el empleado lesionado y el proveedor médico desvinculado, y de manera consistente con una buena práctica profesional. La culminación del tratamiento bajo este párrafo no superará los 12 meses desde la fecha de terminación del contrato. Un “período de tiempo extendido” con respecto a una condición crónica y grave significa una duración de al menos noventa días.

(iii) Una enfermedad terminal. Una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte en el transcurso de un año o menos. No se hará transferencia de atención en dichas circunstancias, y la culminación del tratamiento será suministrada durante la duración de una enfermedad terminal.

(iv) Cirugía u otro procedimiento. La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el

Empleador o Asegurador como parte de un curso de tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato.

2. **Términos y condiciones contractuales.** El Empleador o Asegurador puede requerir que el proveedor médico desvinculado, cuyos servicios continúan después de la terminación del contrato según lo estipulado en esta sección, acepte por escrito estar sujeto a los mismos términos y condiciones contractuales que fueron impuestos al proveedor antes de la terminación. Si el proveedor médico desvinculado no acepta cumplir o habiéndolo acordado no cumple con estos términos y condiciones contractuales, entonces el Empleador o Asegurador no está obligado a continuar con los servicios del proveedor después de la fecha de terminación del contrato.

3. **Compensación.** A no ser que se acuerde lo contrario entre el proveedor médico desvinculado y el Empleador o Asegurador, los servicios prestados según lo estipulado en esta sección serán compensados a tasas y métodos de pago similares a aquellos usados por el Empleador o Asegurador para los proveedores contratados vigentes que presten servicios similares y ejerzan en la misma área geográfica o una similar a la del proveedor médico desvinculado. El Empleador o Asegurador no está obligado a continuar con los servicios de un proveedor médico desvinculado si el proveedor no acepta las tasas de pago contempladas en este párrafo.

4. **Terminación por causales o razones disciplinarias médicas.** Esta política no exige que el Empleador o Asegurador provea la culminación del tratamiento por parte de un proveedor cuyo contrato con el Empleador o Asegurador haya sido terminado o no renovado por razones relacionadas con una causal o razón disciplinaria médica, como está definido en el párrafo (6) de la subdivisión (a) de la *Sección 805 del Código de Negocios y de Profesión (Business and Profession Code)*, o por fraude u otra actividad criminal.

5. **Continuidad de la atención más allá de lo requerido.** Nada de lo establecido en este anexo le impedirá al Empleador o Asegurador proveer continuidad de la atención más allá de lo requerido en este anexo.

6. **Proceso de solución de controversias.**

a) Tras la determinación por parte del Empleador o Asegurador de la condición médica del empleado cubierto y lesionado, el Empleador o Asegurador le notificará al empleado cubierto la determinación con respecto a la culminación del tratamiento, y si el empleado deberá seleccionar un nuevo proveedor dentro de la MPN. La notificación deberá ser enviada a la residencia del empleado cubierto y una copia de la carta deberá ser enviada al médico tratante primario del empleado cubierto. La notificación deberá ser escrita en inglés y en español y debe usar términos legos en la máxima medida posible.

b) Si el proveedor desvinculado acuerda continuar tratando al empleado cubierto lesionado de conformidad con la sección 4616.2 del Código Laboral, y si el empleado cubierto lesionado

controvierte la determinación médica, el empleado cubierto lesionado deberá solicitar un informe del médico tratante primario del empleado cubierto que manifieste si el empleado cubierto cae dentro de cualquiera de las condiciones estipuladas en la sección 4616.2(d)(3) del Código Laboral: una condición aguda; una condición crónica grave; una enfermedad terminal; o la realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el asegurador o el empleador como parte de un curso de tratamiento documentado y que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha de terminación del contrato. El médico tratante deberá suministrarle el informe al empleado cubierto dentro de los veinte días calendario siguientes a su solicitud. Si el médico tratante no expide el informe, entonces aplicará la determinación adoptada por el Empleador o Asegurador a la que se refiere el numeral 6.a).

- c) Si el Empleador o Asegurador o el empleado cubierto lesionado objetan la determinación medicada adoptada por el médico tratante, la controversia con respecto a la determinación médica adoptada por el médico tratante con respecto a la continuidad de la atención deberá ser resuelta de conformidad con la sección 4062 del Código Laboral.
- d) Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones establecidas en la sección 4616.2 (d) (3) del Código Laboral, entonces el empleado deberá elegir un nuevo proveedor dentro de la MPN durante el proceso de solución de controversias.
- e) Si el médico tratante no está de acuerdo con la determinación del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones establecidas en la sección 4616.2 (d) (3) del Código Laboral, entonces el empleado continuará el tratamiento con el proveedor desvinculado hasta que la controversia sea resuelta.

7. **Reemplazo de la política de continuidad de la atención.** El Empleador o Asegurador radicará una revisión de la política de continuidad de la atención ante el Director Administrativo si llega a realizar cambios sustanciales a esta política.

Política de Transferencia de la Atención Continuada

Política: El Empleador o Asegurador proveerá la culminación del tratamiento para empleados cubiertos lesionados que estén siendo tratados por fuera de la Red de Proveedores Médicos (MPN por su sigla en inglés) por motivo de una lesión o enfermedad ocupacional ocurrida antes de la cobertura de la MPN.

Procedimiento:

- A. Si la lesión del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en E (1) hasta E (4) a continuación, el empleado cubierto lesionado puede ser transferido a la MPN para recibir tratamiento médico.
- B. Hasta tanto el empleado cubierto lesionado sea transferido a la MPN, el médico del empleado puede hacer remisiones a proveedores dentro o fuera de la MPN.
- C. Nada de lo estipulado en esta sección impedirá al Solicitante, un asegurador o un empleador el aceptar suministrar atención médica con proveedores por fuera de la MPN.
- D. Si un empleado cubierto lesionado está siendo tratado por una enfermedad o lesión ocupacional por parte de un médico o proveedor antes de la cobertura de una red de proveedores médicos, y el médico o proveedor del empleado cubierto lesionado se convierte en proveedor dentro de la MPN que aplica al empleado cubierto lesionado, entonces el Empleador o Asegurador debe informar al empleado cubierto lesionado y a su médico o proveedor si el tratamiento está siendo prestado por su médico o proveedor bajo las disposiciones de la MPN.
- E. El Empleador o Asegurador debe autorizar la culminación del tratamiento para los empleados cubiertos lesionados que estén siendo tratados por fuera de la MPN por una lesión o enfermedad ocupacional ocurrida antes de la cobertura de la MPN y cuyo médico tratante no sea un proveedor dentro de la MPN, incluyendo a los empleados cubiertos lesionados que predesignaron un médico y no caen dentro de la sección 4600(d) del Código Laboral, para las siguientes condiciones:
 - (1) Una condición aguda. Para efectos de esta subdivisión, una condición aguda es una afección médica que involucra una repentina aparición de síntomas debido a una enfermedad, lesión u otro problema médico que requiera pronta atención médica y que tenga una duración de menos de 90 días. La culminación del tratamiento deberá ser prestada por la duración de la condición aguda.
 - (2) Una condición crónica grave. Para efectos de esta subdivisión, una condición crónica grave es una afección médica debido a una enfermedad, malestar, lesión catastrófica u otro problema médico o trastorno médico que sea de naturaleza grave y que persiste sin cura total o empeora en el transcurso de 90 días y requiera de tratamiento continuado para mantener la remisión o prevenir el deterioro. La culminación del tratamiento deberá ser autorizada por un período de tiempo necesario, hasta de un año de duración: (A) necesario para completar un curso de tratamiento aprobado por el empleador o asegurador, y (B) para coordinar la transferencia a otro proveedor dentro de la MPN, según lo determinado por el asegurador o empleador. El período de un año para la culminación del tratamiento comienza desde la fecha en que el empleado cubierto lesionado recibe la notificación, según lo requerido por la subdivisión F., de la

determinación en el sentido de que el empleado padece una condición crónica grave.

anteriores, la transferencia de la atención no se adelantará sino cuando la controversia sea resuelta.

- (3) Una enfermedad terminal. Para efectos de esta subdivisión, una enfermedad terminal es una afección incurable o irreversible que tiene una alta probabilidad de ocasionar la muerte en el transcurso de un año o menos. La culminación del tratamiento debe prestarse por toda la duración de la enfermedad terminal.
 - (4) La realización de una cirugía u otro procedimiento autorizado por el asegurador o empleador como parte de un curso de tratamiento documentado que ha sido recomendado y documentado por el proveedor para llevarse a cabo dentro de los 180 días siguientes a la fecha efectiva de cobertura de la MPN.
- F. Si el empleador o asegurador decide transferir la atención médica del empleado cubierto a la red de proveedores médicos, el Empleador o Asegurador debe notificar al empleado cubierto sobre la determinación con respecto a la culminación del tratamiento y la decisión de transferir la atención médica a la red de proveedores médicos. La notificación debe ser enviada a la residencia del empleado cubierto y una copia de la carta debe ser enviada al médico tratante primario del empleado cubierto. La notificación debe ser escrita en inglés y en español y debe usar términos legos en la máxima medida posible.
- G. Si el empleado cubierto lesionado controvierte la determinación médica tomada bajo esta sección, el empleado cubierto lesionado debe solicitar un informe del médico tratante primario del empleado cubierto que manifieste si el empleado cubierto cae bajo cualquiera de las condiciones estipuladas en las subdivisiones E(1) hasta E(4) arriba. El médico tratante debe suministrar el informe al empleado cubierto dentro de los veinte días calendario siguientes a la solicitud. Si el médico tratante no expide el informe, entonces aplicará la determinación adoptada por el Empleador a la que se refiere el literal F.
- H. Si el Empleador o Asegurador o el empleado cubierto lesionado objetan la determinación médica adoptada por el médico tratante, la controversia relacionada con la determinación médica adoptada por el médico tratante con respecto a la transferencia de atención deberá ser resuelta de conformidad con la sección 4062 del Código Laboral.
- I. Si el médico tratante está de acuerdo con la determinación del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones estipuladas en las subdivisiones E (1) hasta E (4) anteriores, la transferencia de la atención se adelantará durante el proceso de solución de controversias
- J. Si el médico tratante no está de acuerdo con la determinación de la MPN del Empleador o Asegurador en el sentido de que la condición médica del empleado cubierto lesionado no cumple con las condiciones establecidas en las subdivisiones E (1) hasta E (4)