

EMPLOYEE PREDESIGNATION FORM

Your employer or their insurer has chosen to provide high-quality and timely care for work-related injuries and illnesses using a Medical Provider Network administered by CorVel Corporation. As a participating employee in the Medical Provider Network (MPN), you may seek emergency treatment for a work-related injury or illness from the nearest emergency facility. For non-emergency treatment, you will be directed to an occupational medicine or urgent care facility for your first appointment, after which you have the right to choose an MPN physician to provide your care. In many cases, your personal physician may be an MPN provider.

You may also have the right to designate your personal treating physician in the event you are injured on the job. If you choose to designate your personal treating physician to provide your care for work-related injuries or illness, you must inform your employer in writing before you are injured. Your predesignated physician must be your personal medical doctor, who has treated you prior to your injury, who has your medical records, and who agrees to treat you for any work injuries that may occur. Any treatment provided by a predesignated physician is still subject to prior authorization and reasonably necessary utilization review as provided required California law (Labor Code § 4600(d)). Any specialty care or ancillary services ordered by your predesignated physician must be provided by an MPN provider.

If you choose to designate your own physician, you should do so in the space below. You do not need to complete this form to participate in your employer- or insurer-sponsored Medical Provider Network.

By signing, you affirm that the information provided is true and correct to the best of your knowledge, and you affirm your understanding that your employer, insurer, or their authorized agent may verify the validity of your predesignation.

Employee Number:

Last Name:		First Name:	
Street:			
City:		State: CA	Zip Code:
Name of Employer:			
Signature:		Date of Signature:	

Physician Name:			
Street:			
City:		State: CA	Zip Code:
Phone:			

FORMA DE DESIGNACION PREVIA DEL EMPLEADO

Su empleador o su compañía de seguros han decidido brindar cuidado rápido de alta calidad para lesiones y enfermedades ocasionadas en el trabajo utilizando una Medical Provider Network administrada por la CorVel Corporation. Como empleado participante en la Medical Provider Network (MPN), usted puede buscar tratamiento de emergencia para una lesión o enfermedad ocasionada en el trabajo en la instalación de emergencias más cercana. Para tratamiento que no sea de emergencia, usted será dirigido a una instalación de medicina ocupacional o cuidado de emergencia para su primera cita; luego usted tendrá el derecho a elegir a un médico de la MPN para brindarle cuidado. En muchos casos, su médico personal puede ser un proveedor de la MPN.

Usted también puede tener el derecho a designar a su médico de cabecera en el evento que se lesione en el trabajo. Si usted elige designar a su médico de cabecera para que le brinde su cuidado para una lesión o enfermedad ocasionada en el trabajo, debe informar a su empleador por escrito antes de que se lesione. Su médico designado previamente debe ser su doctor médico, que lo ha tratado antes de su lesión, tiene sus records médicos, y está de acuerdo con tratarle cualquier lesión ocupacional que pueda sucederle. Cualquier tratamiento brindado por un médico previamente designado es aún sujeto a autorización previa y revisión de utilización razonablemente necesaria conforme a la ley de California (Código Laboral § 4600(d)). Cualquier cuidado especializado o servicio auxiliar ordenado por su médico designado previamente debe ser brindado por un proveedor de la MPN.

Si usted elige designar a su propio médico, debe hacerlo utilizando los espacios abajo. No tiene que llenar esta forma para participar en la Medical Provider Network patrocinada por su empleador o compañía de seguros.

Al firmar, usted afirma que la información brindada es verdadera y correcta a lo mejor de su conocimiento, y afirma que entiende que su empleador, compañía de seguros, o su agente autorizado puede verificar la validez de su designación previa.

Número del Empleado:

Apellido:		Primer Nombre:	
Calle:			
Ciudad:		Estado: CA	Código Postal:
Nombre del Empleador:			
Firma:		Fecha de Firmar:	

Nombre del Médico:			
Calle:			
Ciudad:		Estado: CA	Código Postal:
Teléfono:			

