Date

RE: Notice of Terminated Provider – Continuity of Care for the Medical Provider Network (MPN)

Dear Employee:

This letter is to notify you that your current treating provider , for your injury on , is no longer participating in our MPN. In order to confirm effective continued care for your work related injuries, please review the information below. You must provide a response to your adjuster by checking the appropriate item that explains your status:

_____ **An Acute Condition.** An acute condition is a medical condition that is a medical condition that involves a sudden onset of symptoms due to an illness, injury, or other medical problem that requires prompt medical attention and that has a duration of not more than 30 days. Completion of treatment shall be provided for the duration of the acute condition within the 30 days from the date of injury.

_____ **A Serious Chronic Condition.** A serious chronic condition is a medical condition due to a disease, illness, catastrophic injury, or other medical problem or medical disorder that is serious in nature and that persists without full cure or worsens over 90 days and requires ongoing treatment to maintain remission or prevent deterioration. Completion of treatment shall be provided for a period of time necessary, up to one year: (A) to complete a course of treatment approved by the employer or insurer; and (B) to arrange for transfer to another provider within the MPN, as determined by the insurer or employer. The one year period for completion of treatment starts from the date of determination that the employee has a serious chronic condition.

_____ **A Terminal Illness.** A terminal illness is an incurable or irreversible condition that has a high probability of causing death within one year or less. Completion of treatment shall be provided for the duration of a terminal illness.

_____ **Performance of a Surgery.** Performance of a surgery or other procedure that is authorized by the insurer or employer as part of a documented course of treatment and has been recommended and documented by the provider to occur within 180 days from the MPN coverage effective date.

_____ I do not have any of the conditions above and/or I will choose another provider from within the MPN. If I need assistance in obtaining a MPN provider, I can call to obtain a list of providers within the MPN.

Following our determination of your medical condition, we shall notify you of the determination regarding the completion of treatment and whether or not you may be transferred into the MPN for medical treatment. We will verify with the treating physician that they are willing to continue treating you. The notification shall be sent to you and a copy of the letter shall be sent to your primary treating physician.

Sincerely,

Date

RE: Aviso de proveedor terminada – la continuidad de cuidado de la red de médico (MPN)

Querido_____ empleado,

Esta carta es de notificarle que su actual proveedor que le está tratando_____, para su lesión de, _____ ya no toma parte en nuestro MPN. Para confirmar el continuó cuidado efectivo para su lesiones relacionadas a su trabajo, revise por favor la información abajo. Debe proporcionar una respuesta a su ajustador verificando el artículo apropiado que explica su posición:

_____ **Una Condición Aguda**. Una condición aguda es una condición médica que implica un comienzo repentino de síntomas debido a una enfermedad, lesión, o debido a otro problema médico que requiere atención médica pronta y que tiene una duración de no más de 30 días. La terminación de tratamiento será proporcionada para la duración de la condición aguda dentro de los 30 días de la fecha de la lesión.

_____ **Una Condición Crónica Grave**. Una condición crónica grave es una condición médica debido a una enfermedad, herida catastrófica, problema médico o desorden médico que es grave de naturaleza y que persiste sin curación completa o empeorá más de 90 días y requiere tratamiento continuó para mantener remisión o prevenir empeoramiento. La terminación de tratamiento será proveida por un periodo de tiempo necesario, hasta un año: (A) completar un tratamiento aprobado por el empleador o el asegurador; y (B) arreglar para la transferencia a otro proveedor dentro del MPN, como determinado por el asegurador o el empleador. El período de un año para la terminación de tratamiento comienza de la fecha de determinación que el empleado tiene una condición crónica grave.

_____ **Una Enfermedad Terminal**. Una enfermedad terminal es una condición incurable o irrevocable que tiene una probabilidad alta de causar la muerte dentro de un año o menos. La terminación de tratamiento será proveida para la duración de una enfermedad terminal.

_____**Rendimiento de una Cirugía**. El rendimiento de una cirugía u otro procedimiento que es autorizado por el asegurador o el empleador como parte documentada durante un tratamiento y ha sido recomendado y documentado por el proveedor para ocurrir dentro de 180 días de la fecha de vigencia de la cobertura de MPN.

_____ Yo no tengo ninguna de las condiciones arriba y/o escogeré a otro proveedor dentro del MPN. Si necesito ayuda llamaré _____a un proveedor de MPN, para obtener una lista de proveedores dentro del MPN.

Siguiendo nuestra determinación de su condición médica, nosotros le notificaremos de la determinación con respecto a la terminación de tratamiento y si o no puede ser transferido en el MPN para el tratamiento médico. Verificaremos con el médico que le está tratando si está dispuesto a seguir tratandole. La notificación será enviada a usted y a una copia de la carta será enviada a su médico primario que le está tratando.

Sinceramente,