

Zenith Health Care Network  
HCN License Number: 13041730



# Zenith Health Care Network

Zenith Health Care Network  
HCN License Number: 13041730

### Selecting a Treating Doctor

You must pick a Treating Doctor from the Provider Directory. Your Treating Doctor must be located in your Service Area. The Provider Directory will show which providers are taking new patients. If you would like help picking a Treating Doctor, please call Zenith at 1-800-841-3988.

If you are a member of a Health Maintenance Organization (HMO) you may pick your Primary Care Physician as your Treating Doctor. You must have chosen this doctor as your primary care physician through your HMO before your work related injury occurred and your HMO Primary Care Physician has to agree to treat your workers compensation injury. To do this, complete the attached "Physician pre-designation form". Return the completed form to your employer. If you would like your HMO Primary Care Physician to treat you for a work injury, please contact Zenith at 1-800-841-3987. Zenith will review your request and notify you of their decision within 72 hours. Your HMO Primary Care Physician will not be considered as an initial choice of a Treating Doctor unless this process is followed.

The following also will not be considered an initial choice of Treating Doctor:

- x A Doctor who works for your employer;
- x A Doctor providing emergency care; or
- x Any doctor who provided care before the employee was enrolled in the ZHCN, unless it was your HMO Primary Care Physician which you pre-designated using the process set forth above.

You may not be happy with the first Treating Doctor you picked. If this happens, you can pick an alternate Treating Doctor. Contact Zenith for help picking an alternate Treating Doctor. When you pick an alternate Treating Doctor, you must provide the name of the Doctor to Zenith at:

Zenith Insurance Company  
Attention: ZHCN  
P.O. Box 1558  
Sarasota, FL 34230-1558  
1-800-841-3987

If you are not happy with the alternate Treating Doctor, you must contact Zenith to submit a request for additional changes. Contact Zenith at 1-800-841-3987 to submit your request. Zenith will review your request and give you written notice of their decision within seven (7) days.

### Continuing your treatment if your Treating Doctor is terminated from the Network

If your Treating Doctor leaves the Network, Zenith will notify you in writing. If this happens, and you need to continue treatment, you must pick another Treating Doctor. To do this, pick a new Treating Doctor from the Provider Directory. If you would like help with this, call Zenith at 1-800-841-3988.

You may continue treatment with your original Treating Doctor under certain circumstances:

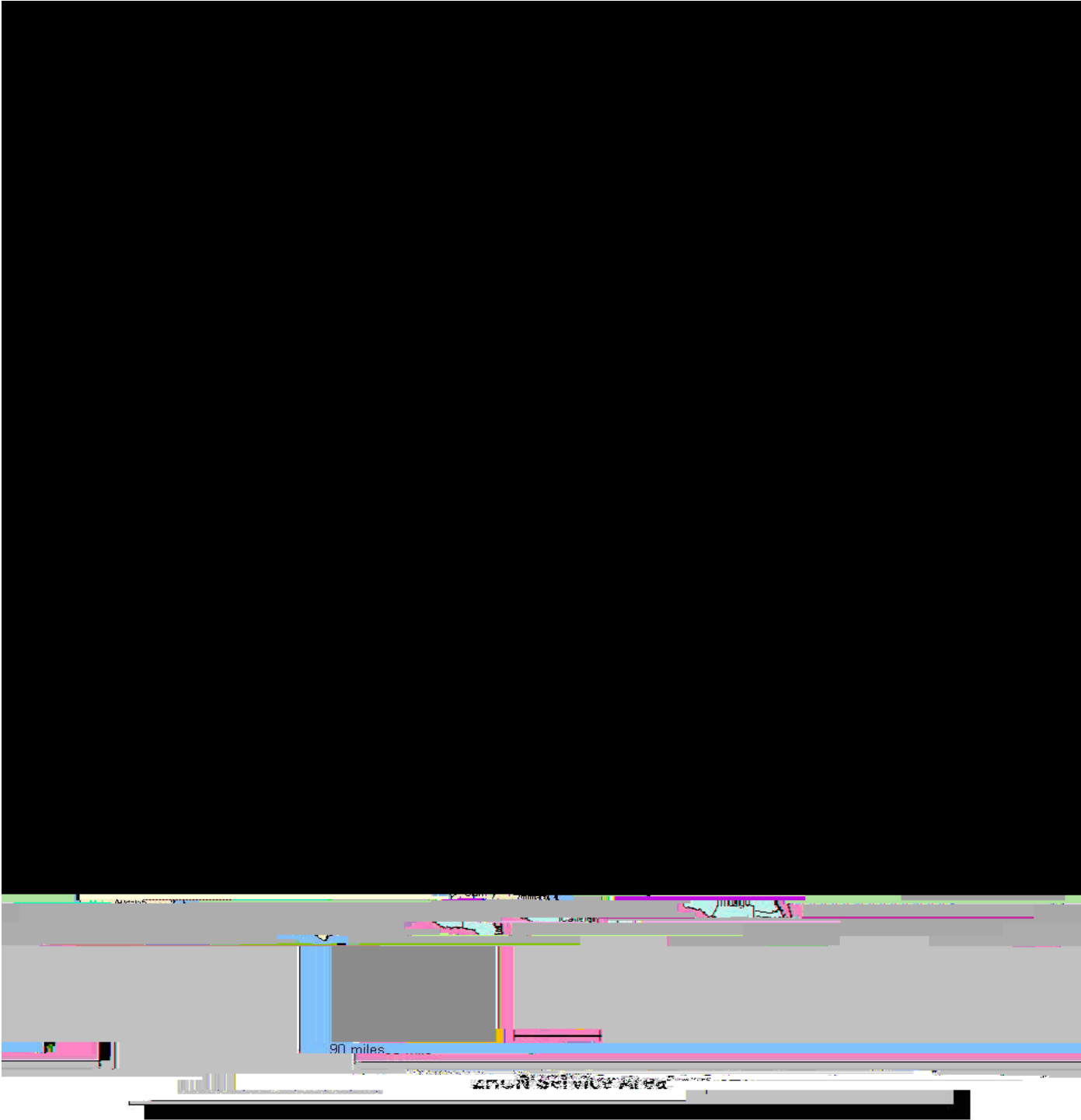
- x If you have a life-threatening medical condition
- x Your medical condition is acute and a disruption in care could harm you

If one of these conditions applies to you, your Treating Doctor has to contact Zenith and request a review. Zenith will review the Treating Doctor's request then give you and your Doctor written notice of their decision. If you or your Doctor disagrees with Zenith's decision, you may file a complaint (See Complaints section for more information).

### Services Requiring Pre -Authorization

All health care must be set up through your Treating Doctor. Your Treating Doctor will treat you. Your Treating Doctor may refer you for treatment for your work injury. Certain













ZENITH HEALTH CARE NETWORK WORKERS' COMPENSATION NETWORK  
ACKNOWLEDGEMENT

I have received the "Employee Notice of Network Requirements" that explains how to get health care under workers' compensation insurance.

If I am hurt on the job and live in the Service Area, I understand that:

1. I must choose a treating doctor from the Zenith Health Care Network.
2. I may select as my treating doctor a doctor, whom I selected as my primary care physician or provider through my HMO Plan.
3. I must go to my treating doctor for all treatment for my work injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me.
4. If I need emergency care, I may go anywhere.
5. The insurance carrier will pay the network providers all mandated amounts if my injury is caused by my job.
6. I may have to pay for my medical treatment if I get health care from someone not in the Zenith Health Care Network.

The "Employee Notice of Network Requirements" explains all of the above issues in detail. A map of the Service Area is attached to the "Employee Notice of Network Requirements".

Signature: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Printed Name: \_\_\_\_\_

The address where I live:

\_\_\_\_\_

Name of Employer: \_\_\_\_\_







Su empleador provee prestaciones de salud





por escrito de su decisión dentro de los siete (7) días.

Continuación de su tratamiento si su médico de cabecera es despedido de la red

Si su médico de cabecera es despedido de la Red, Zenith se lo notificará por escrito. Si esto ocurre y necesita continuar con el tratamiento, debe elegir otro médico de cabecera. Para ello, elija un nuevo médico de cabecera del Directorio de Proveedores. Si necesita ayuda con esto, llame a Zenith al 1-800-841-3988.

Usted puede continuar el tratamiento con su médico de cabecera original bajo ciertas circunstancias:

- x Si usted tiene un problema de salud potencialmente mortal
- x Su problema de salud es agudo y una interrupción en la atención podría dañarle

Si una de estas condiciones es aplicable a su caso, su médico de cabecera tiene que ponerse en contacto con Zenith y solicitar una revisión. Zenith revisará la solicitud del médico de cabecera y usted y su doctor recibirán una notificación por escrito de la decisión. Si usted o su doctor no está de acuerdo con la decisión de Zenith, puede presentar una queja (vea la sección de Quejas para más información).

Servicios que requieren autorización previa

Toda atención de salud debe ser concertada a través de su médico de cabecera. Su médico de cabecera lo atenderá. Su médico de cabecera puede referirlo para el tratamiento de su lesión relacionada con el trabajo. Ciertos servicios deben ser aprobados por Zenith con anticipación. Los servicios que requieren autorización previa están enumerados en la lista de Servicios de la Red de Servicios Médicos de Zenith y de Fuera de la Red que Requieren Autorización Previa ("lista de Autorización Previa"). Los

proveedores pueden acceder fácilmente la lista de Autorización Previa en [www.thezenith.com](http://www.thezenith.com) bajo Medical Providers, después Medical Networks and Panels, después Network Policies and Procedures y después Texas Preauthorization List. También se incluye una copia con el Aviso para empleados de requisitos de la red para su conveniencia.

Para que cualquiera de los servicios que requieren autorización previa sea aprobado, su médico debe seguir los requisitos de

.4 (obado)]TJ-0.011 Tc 07 (ar)-23.3 (a )0.6 (.3 (

st, spue -19.667 -1.133733] [(P).133 0 Td [(apr)-23]



Zenith Health Care Network  
HCN License Number: 13041730

Usted tiene 90 días para presentar una queja. El período de 90 días comienza en la fecha en que el problema o asunto se produjo. Cuando se haya recibido su queja, Zenith la revisará. Zenith le enviará una notificación por escrito explicando la revisión y decisión. El aviso se enviará dentro de los 30 días naturales desde la fecha de recepción de su queja.

Las quejas deben ser dirigidas a:

Zenith Insurance Company  
ATTN: Provider Relations  
21255 Califa Street  
Woodland Hills, CA 91367

T

Zenith Health Care Network  
HCN License Number: 13041730



El área de servicio de la red consiste en 231 condados. Los condados en negrita y con el \* a continuación entraron originalmente en vigor el 16 de febrero de 2010. Por favor, consulte también el mapa adjunto.

Anderson	Cooke	*Harris	Loving	Robertson	*Wilson
Andrews	Coryell	*Harrison	*Lubbock	*Rockwall	Winkler
Angelina	Crane				

FORMULARIO DEL



## RECONOCIMIENTO DE LA RED DE COMPENSACIÓN DE TRABAJADORES DE LA RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE ZENITH

He recibido el “Aviso para empleados de requisitos de la red” que explica cómo obtener atención de salud bajo el seguro de indemnización a los trabajadores por accidentes laborales.

Si me lastimo en el trabajo y vivo en el área de servicio, entiendo que:

1. Debo elegir un médico de cabecera de la Red de Servicios Médicos de Zenith.
2. Puedo elegir como médico de cabecera al médico que seleccioné como médico de cabecera o proveedor de atención de salud a través de mi plan HMO.
3. Debo ir a mi médico de cabecera para todo el tratamiento para la lesión laboral. Si necesito un especialista, mi médico de cabecera me enviará a uno.
4. Si necesito atención de urgencia, puedo ir a cualquier parte.
5. La compañía de seguros pagará a los proveedores de la red todos los montos estipulados si mi lesión es causada por mi trabajo.
6. Tendré que pagar por mi tratamiento médico si obtengo atención de salud de alguien que no esté en la Red de Servicios Médicos de Zenith.

El “Aviso para empleados de requisitos de la red” explica todas las cuestiones mencionadas en detalle. Se adjunta un mapa del área de servicio a dicho “Aviso para empleados de requisitos de la red”.

[PÁGINA DEJADA EN BLANCO INTENCIONALMENTE]



RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE ZENITH Y DE FUERA DE LA RED  
QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE ZENITH Y DE FUERA DE LA RED  
QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

**RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE ZENITH Y DE FUERA DE LA RED  
QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA**

	Fuera de la red - 134.600(p)	Dentro de la red - 413.014; TIC 1305; TAC 10 (subcapítulo F)
Tratamiento experimental	Cualquier servicio o dispositivo de investigación o experimental para el que hay pruebas clínicas o científicas en desarrollo o tempranas que demuestran la eficacia potencial del tratamiento, servicio o dispositivo pero que no está todavía aceptado de forma generalizada como el tratamiento habitual.	
Tratamiento de partes del cuerpo / enfermedades disputadas	Cualquier tratamiento para una lesión o diagnóstico que no haya sido aceptado por la compañía de seguros conforme a los artículos 408.0042 y 126.14.	Igual
Planes de tratamiento obligatorios	UR obligatorio	

Nota: El tratamiento de urgencia no requiere autorización previa

RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE ZENITH Y DE FUERA DE LA RED  
QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

A a Z:

Fuera de la red	Dentro de la red
Admisiones de Hospital	Admisiones de Hospital
Biorretroalimentación	Biorretroalimentación
Cirugía	Cirugía
Cirugía ambulatoria	Cirugía ambulatoria
Cirugía de la columna vertebral	Cirugía de la columna vertebral
Cirugía Externa o ambulatoria	Cirugía Externa o Ambulatoria
Condicionamiento Laboral	Condicionamiento Laboral
Crioterapia radiológica	Crioterapia radiológica
Descompresion del eje Vertebral (Vax-D)	Descompresion del eje Vertebral (Vax-D)
Diagnósticos: estudios repetidos > \$350	Diagnósticos: estudios repetidos > \$350

## RED DE SERVICIOS MÉDICOS DE ZENITH Y DE FUERA DE LA RED QUE REQUIEREN AUTORIZACIÓN PREVIA

Fuera de la red	Dentro de la red
Terapia quiropráctica*	Procedimientos de terapia electrotérmica intradiscal (IDET, por su sigla en inglés)
Termocoagulación por Radiofrecuencia (RFTC, por su sigla en inglés)	Programas de abordaje del dolor crónico
Tratamiento de enfermedades disputadas	Programas de dependencia química
Tratamiento de investigación	Programas interdisciplinarios de rehabilitación del dolor
Tratamiento experimental	Programas para perder peso
Tratamiento no incluido en las Directrices Oficiales de Discapacidad	Pruebas psicológicas
	Psicoterapia
	Quimionucleólisis
	Repetición de entrevistas psicológicas
	Servicios de salud en el hogar
	Servicios para convalecencia
	Sistemas de administración de medicamentos intratecales, incluyendo las recargas
	Terapia física*
	Terapia ocupacional*
	Terapia quiropráctica*
	Termocoagulación por radiofrecuencia (RFTC, por su sigla en inglés)
	Tratamiento de enfermedades disputadas
	Tratamiento de investigación
	Tratamiento experimental
	Tratamiento no incluido en las Directrices Oficiales de Discapacidad
	Tratamiento / servicios residenciales
	Unidades de neuroestimulación eléctrica transcutánea (TENS, por su sigla en inglés)

\* Más allá de hasta 6 visitas dentro de las 2 semanas inmediatamente siguientes a la fecha de la lesión o fecha en que se realizó la cirugía aprobada



## SUPERVISOR INCIDENT INVESTIGATION REPORT

The purpose of this report is to help prevent similar incidents from recurring. Make this report as accurate and thorough as possible. Remember, always follow-up with the appropriate corrective actions.

Investigation Conducted by: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Incident Type:           ... Near Miss           ... Injury           ... Illness

Incident Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_ AM/PM

Injured Worker: \_\_\_\_\_ Department: \_\_\_\_\_

Occupation: \_\_\_\_\_ Months on this job: \_\_\_\_\_

Describe the injury or damage, be specific: \_\_\_\_\_

---

---

---

Who was nearby? (list names) \_\_\_\_\_

---

---

---

Where did the incident occur? \_\_\_\_\_

---

---

Circle the body parts

What was the employee doing at the time of injury?

... Regular Job Task   ... Specially Assigned Task   ... Unassigned Task

Describe the task. How many days/months/years has the employee been performing this task:

---

... On Break   ... In Transit   ... Other

Describe: \_\_\_\_\_

Describe how the incident occurred? \_\_\_\_\_

---

---

What equipment was involved? \_\_\_\_\_

---

---

List at least one thing we can do to prevent similar incidents? \_\_\_\_\_

---

---

## REPORTE/INVESTIGACIÓN DEL SUPERVISOR SOBRE EL INCIDENTE

El proposito de esté reporte es pervenir incidents de este tipo en el futuro. Sea detallado en su descripción de lo que ocurrió. Acuerde, si ocurre un incidente siempre responda con acción correctiva.

¿Quién condujo la investigación?: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Tipo de incidente:                   ... Incidente sin herida                   ... Herida                   ... Enfermedad

Fecha del incidente: \_\_\_\_\_ Tiemp: \_\_\_\_\_ AM/PM

Empleado herido: \_\_\_\_\_ Departamento: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo: \_\_\_\_\_ Meses de empleo: \_\_\_\_\_

Describe los detalles del incidente, o daño, que ocurrió (sea específico) : \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Quién estaba cerca? (Liste nombres) \_\_\_\_\_

---

---

---

¿Where did the incident occur? \_\_\_\_\_

---

---

¿Qué hacía el empleado en el momento que se hirió?

... Trabajo Normal    ... Trabajo Especial/designado    ... Trabajo Irregular/no designado

Describe lo que el empleado hacía. Cauntos días/meses/años tiene el empleado haciendo esté tipo de trabajo:

---

... Tiempo de Descanso    ... En Transito    ... Otro

Describe:



EMPLOYEE REPORT OF INJURY  
(To be completed by the employee only)

The purpose of this report is to help with the claims reporting process. It should be completed and signed by the injured worker.

Date of Injury: \_\_\_\_\_ Time of Injury: \_\_\_\_\_ AM/PM

Name: \_\_\_\_\_ Date of Birth: \_\_\_\_\_

Home Address: \_\_\_\_\_

City: \_\_\_\_\_ State: \_\_\_\_\_ Zip: \_\_\_\_\_

Home Phone: \_\_\_\_\_ Cell: \_\_\_\_\_

Job Title/Occupation: \_\_\_\_\_ Months on this job: \_\_\_\_\_

Social Security No: \_\_\_\_\_ Weekly Salary: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_

When did you report the accident and to who? \_\_\_\_\_

Do you require medical attention? Yes: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Maybe: \_\_\_\_\_

Location of accident (entrance, loading dock, bathroom, etc.): \_\_\_\_\_

Name of Witness(es): \_\_\_\_\_

Please describe in detail how the incident occurred and what you were doing when the incident occurred? \_\_\_\_\_

What did you hurt? What body parts were affected? \_\_\_\_\_

What is at least one thing we can do to prevent this accident from happening again? \_\_\_\_\_

Employee Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Circle the body parts





**REPORTE DEL EMPLEADO SOBRE EL ACCIDENTE**  
(Esta forma será llenada solamente por el empleado)

El propósito de este reporte es asistir en el proceso para presentar un reclamo. El empleado deberá firmar y llenar el reporte de manera detallada.

Día del Incidente: \_\_\_\_\_ Hora del Incidente: \_\_\_\_\_ AM/PM

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de Domicilio: \_\_\_\_\_ Celular: \_\_\_\_\_

Título de Trabajo/Profesión: \_\_\_\_\_ Meses de Empleo: \_\_\_\_\_

No de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sueldo Semanal: \_\_\_\_\_

Supervisor: \_\_\_\_\_ Teléfono del Supervisor: \_\_\_\_\_

¿Cuándo reporto el accidente, y a quién? \_\_\_\_\_

¿Requiere atención médica? Si: \_\_\_\_\_ No: \_\_\_\_\_ Quizás: \_\_\_\_\_

¿Donde ocurrió el accidente (entrada, muelle de carga, baño, etc.)? \_\_\_\_\_

Nombres del(de los) testigo(s): \_\_\_\_\_

Describa en detalle cómo ocurrió el accidente y lo que hacía cuando sucedió el incidente? \_\_\_\_\_

¿Qué se hirió? ¿Qué partes de su cuerpo fueron afectadas? \_\_\_\_\_

¿Qué podemos hacer para prevenir accidentes como esté en el futuro? \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Circule la/parte(s)



## WITNESS INCIDENT REPORT

The purpose of this report is to help prevent similar incidents from recurring. Remember, we are fact finding not fault finding. Please, make this report as accurate and thorough as possible.

Witness Name: \_\_\_\_\_ Date of Report: \_\_\_\_\_

Job Title/Occupation: \_\_\_\_\_ Work Phone: \_\_\_\_\_

Date of Injury: \_\_\_\_\_ Time of Injury: \_\_\_\_\_ AM/PM

Injured Worker: \_\_\_\_\_

Location of accident (entrance, loading dock, bathroom, etc.): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

What was the injured worker doing when the incident occurred? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

How did the incident occur? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

What body parts were injured? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

What is at least one thing we can do to prevent this accident from happening again?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Witness Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Circle the body parts

## REPORTE del TESTIGO al INCIDENTE

El proposito de esté reporte es pervenir incidents de este tipo en el futuro. Acuerde que este reporte NO asigna culpabilidad. Por favor, sea detallado en su descripción de lo que ocurrió.

Nombre del Testigo: \_\_\_\_\_ Fecha del Reporte: \_\_\_\_\_

Título/Profesión: \_\_\_\_\_ Teléfono de Trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha de la Herida: \_\_\_\_\_ Tiempo de la Herida: \_\_\_\_\_ AM/PM

Nombre del Herido: \_\_\_\_\_

¿Donde ocurrió el accidente (entrada, muelle de carga, baño, etc.)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Qué estaba haciendo el trabajador cuando sucedió el incidente? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



## HACEMOS MÁS SENCILLO... EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para Zenith. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.



### Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.



### Empleado lesionado:

Para llenar su primera receta para su lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, tome su receta y este formulario a su Tmesys farmacia. Su medicamento médicamente necesario será llenada.

¿Tiene alguna pregunta?  
¿Necesita ayuda?



**1-866-599-5426**

Attention Pharmacies: Enter RxBIN



### WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

Zenith

PORTADORA

EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Please provide directly to Pharmacist

NUMERO DE SEGURO SOCIAL

FECHA DE ALA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite TheZenith.com.

the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

**Tmesys Pharmacy Help Desk**  
**1-800-964-2531**

	<u>NDC</u>	or	<u>Envoy</u>
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	<u>ZENFF</u>		

**NOTA:** Esta tarjeta First Fill solo es válida para medicinas médicamente necesarias recetadas para lesiones y enfermedades aceptadas de compensación por accidentes laborales. Las medicinas podrían estar sujetas a preautorización.

\*Zenith significa Zenith Insurance Company (ZIC), y actúa en su propio nombre o en nombre de su subsidiaria de propiedad absoluta ZNAT Insurance Company (ZNAT) o solo en capacidad de administrador de reclamaciones. Consulte su póliza para determinar si la compañía de seguros a la que se suscribió es ZIC o ZNAT. Si ni ZIC ni ZNAT son su proveedor, entonces Zenith está actuando sólo como el administrador de reclamaciones.

The following entities comprise the Optum Workers Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."