

**RECEIPT OF MPN NOTIFICATION**  
**RECIBO DE NOTIFICACIÓN DE MPN**

**ENGLISH**

**I acknowledge** that I have received information regarding my rights under the new Medical Provider Network (MPN) program, administered by Medex Healthcare, Inc., for the sole purpose of treatment should I become injured or ill on the job.

The information given to me includes:

- The Athens Medical Provider Network (MPN) implementation notice.

**ESPAÑOL**

**Reconozco** que he recibido información con respecto a mis derechos bajo el nuevo programa de Red de Proveedor Médico (MPN) administrado por Medex Healthcare, Inc., para el único propósito de tratamiento si es que me lesionara o me enfermara en el trabajo.

La información que se me dio incluye:

- La notificación de la implementación de la Athens Red de Proveedor Médico (MPN)

---

Print your name/Imprima su nombre: \_\_\_\_\_

Last four digits of social security number or employee identification number/Últimos cuatro números del seguro social o número de identificación del empleado: \_\_\_\_\_

Address/Dirección: \_\_\_\_\_

City/Ciudad: \_\_\_\_\_ State/Estado: CA Zip code/Código postal \_\_\_\_\_

Company name/Nombre de la compañía \_\_\_\_\_

Signature/Firma \_\_\_\_\_ Date/Fecha \_\_\_\_\_