

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 _____