

June 11, 2007

Dear employee:

Your Employer is committed to all its employees' well-being and safety at work. In the event of an injury our goal is to provide timely and quality medical care treatment through the implementation of a Medical Provider Network (MPN), effective **7/11/2007**.

Your employer and its Workers' Compensation insurance carrier **Crum & Forster Insurance Companies**, have selected **GENEX/First Health Select Network** MPN to provide medical care services for work related injuries. This network will provide access to quality medical care service providers in a location near your work place or your home. The MPN includes a mix of the following medical care providers:

- Primary care physicians
- Occupational health services and specialists
- Emergency health care services
- Ancillary health care services to supplement medical treatments

The enclosed employee notification packet outlines your and your employer's rights and responsibilities under the new MPN program. This packet will provide you with the information to help you better understand the process to obtain medical care for your work-related injury. Contact the MPN as indicated in the enclosed materials for any questions.

Review this packet and keep it for your records. For records keeping purposes only, you must sign and return the attached Employee Acknowledgement of Receipt of this MPN employee notification by **7/2/2007** to your employer's Human Resource Department or to your supervisor.

Sincerely,

Crum & Forster Insurance Companies

U.S. Fire Ins. Medical Provider Network
Employee Acknowledgement of Receipt

This acknowledgement of receipt is for record keeping purposes only and will be kept in your personnel file to confirm you received and understand this notice. Your signature is not mandatory but we advise you acknowledge receipt of the *MPN Initial Written Employee Notification Handbook*. Please sign this receipt and return it to your manager or supervisor by **7/2/2007**.

I, _____, have read and understand the Medical Provider Employee Handbook provided to me.

Signed: _____

Date: _____

*** Supervisors/HR Rep. please file this document in the employee's permanent personnel file.*

Junio 11, 2007

Estimado empleado:

Su empleador esta comprometido con el bienestar y la seguridad de en el trabajo de todos sus empleados. Sin embargo, si mantiene una lesión relacionada a su trabajo, nuestra meta es de facilitar tratamiento medico oportuno y de calidad a través de la implementación de una Red de Proveedores Médicos (MPN siglas en Ingles), efectivo **7/11/2007**.

Su empleador y su compania aseguradora para accidentes de trabajo **U.S. FIRE Ins.**, administrada por **Crum & Forster**, han escogido la Red de Proveedores **GENEX/First Health Select Network** MPN para proporcionar servicios médicos para lesiones o enfermedades relacionadas a sus trabajo. Esta red de proveedores les facilitara acceso fácil a médicos en lugares que están convenientemente localizados cerca de su lugar del trabajo o su hogar. La MPN incluye una combinación de los siguientes tipos de proveedores médicos:

- Medicos de Cuidado Primario
- Médicos de medicina laboral y otras especialidades
- Servicios de Emergencias
- Servicios Adicionales de Asistencia Médica para suplementar tratamientos médicos

La guía anexa de notificación del empleado resume los derechos y responsabilidades de usted y de su empleador bajo el nuevo programa de MPN. Esta guía le proporcionará con la información necesaria para ayudarle entender mejor el proceso para obtener cuidado médico para lesiones relacionadas a su trabajo. Contacte la MPN como es indicado en los materiales adjuntos para cualquiera pregunta.

Por favor revise esta guia y mantengala en sus archivos. Para propositos de mantener su archivos de personal solamente, por favor firme el recibo adjunto para reconocer que se le entrego esta notificacion. Regrese el recibo firmado a su supervisor o director no mas tardar del **7/2/2007**.

Sinceramente,

Crum & Forster

Red de Proveedores Médicos de U.S. Fire Ins.
Recibo de Reconocimiento del Empleado

El propósito de este recibo es solamente para mantenerlo en sus archivos de personal para confirmar que usted ha recibido y entiende el contenido de este documento. Su firma no es obligatoria pero se le aconseja que firme para reconocer que ha recibido el *Libreto de Notificación Inicial por Escrito al Empleado sobre la Red de Proveedores Médicos* (MPN siglas en Ingles). Favor de firma este recibo y devolverlo a su supervisor o director no mas tardar del **7/2/2007**.

Yo, _____, he leído y entendido la guía del empleado sobre la Red de Proveedores Médicos (MPN) que se me proporciono.

Firma: _____

Fecha: _____

*** Supervisors/HR Rep. please file this document in the employee's permanent personnel file.*