

Date: _____

Para:

De:

Ref: _____
(Name of MPN)

A menos que usted haya predesignado un médico o grupo médico, toda lesión laboral nueva que se produzca a partir de _____ serán tratados con
(Efectiva date of MPN)

proveedores de la nueva Red de Proveedores Médicos,

(Name of MPN)

Usted puede obtener más información sobre la MPN en el aviso de Compensación de Trabajadores o a través de su empleador.

Puede obtener la lista de proveedores de la MPN llamando a su contacto de la MPN o visitando el sitio web en www.coventrywcs.com – Password - USACS1.