

Genex MPN 3084

Medical Provider Network (MPN) Notification

Acknowledgement of Receipt of MPN Information

I acknowledge that I have received information regarding my employer's use of a Medical Provider Network for Workers' Compensation Claims.

Re: Date of Injury/Illness: ____/____/____

Employee's Name (please print): _____

Employee's Signature: _____

Date: ____/____/____

Notificacion de la Red de Proveedores Medicos (MPN)

Conocimiento Del Recibo De Informacion De MPN

Reconozco que he recibido informacion relacionada con el uso de la red de proveedores medicos por parte de mi empleador para los reclamos de compensacion de trabajadores.

Respecto a: Fecha de la lesion o enfermedad: ____/____/____

Nombre del empleado (por favor escriba) _____

Firma del empleado: _____

Fecha: ____/____/____