

justice

Generated by: Legal AI Assistant
April 26, 2026

JUSTICE

Médico Tratante Principal Fuera de la MPN Compensación Laboral de California: Derechos del Médico Tratante Principal Cuando No Está Incluido en la Red de Proveedores Médicos (ANÁLISIS PARA TRABAJADORES LESIONADOS - PARTE A)

2 de febrero de 2026

La información proporcionada a través de este Análisis impulsado por Inteligencia Artificial tiene únicamente fines informativos y educativos generales. No constituye asesoría legal, no crea una relación abogado-cliente y no debe considerarse como sustituto del consejo de un abogado calificado. Las leyes y los resultados legales varían según los hechos específicos y la jurisdicción. Si necesita asesoría adaptada a su situación, debe consultar directamente con un abogado.

© 2026 The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Generado por un Asistente Legal de Inteligencia Artificial. Facilitado por The Law Offices of Fernando Hidalgo, Inc. Todos los derechos reservados.

COMPENSACIÓN LABORAL DE CALIFORNIA: SUS DERECHOS CUANDO SU MÉDICO TRATANTE NO ESTÁ EN LA RED DE PROVEEDORES MÉDICOS DEL EMPLEADOR

Si usted se lesionó en el trabajo, la ley de California generalmente exige que su empleador pague su tratamiento médico. Muchos empleadores utilizan una lista aprobada de médicos llamada Red de Proveedores Médicos (MPN, por sus siglas en inglés). Si su médico tratante actual no está en esa lista, es posible que aún tenga opciones legales para seguir viendo a ese médico. Este informe explica esas opciones, las reglas que aplican y los pasos que puede tomar para proteger sus derechos.

Importante: Estas protecciones aplican a todos los trabajadores lesionados en California, sin importar su estado migratorio. Usted no necesita tener estatus migratorio legal para presentar un reclamo de compensación laboral o recibir beneficios. Consulte la Guía de la DWC para Trabajadores Lesionados, Capítulo 3 (<https://www.dir.ca.gov/injuredworkerguidebook/Chapter3.pdf>).

--Parte 1: ¿Qué es una Red de Proveedores Médicos y Cómo Funciona?

Esta sección explica qué es una MPN, cómo se aprueba y la regla básica de que usted normalmente debe tratarse con médicos dentro de la red.

Entendiendo la Red de Proveedores Médicos

Una Red de Proveedores Médicos (MPN) es un grupo de médicos y otros proveedores de atención médica que su empleador o su compañía de seguros establece para tratar a los trabajadores que se lesionan en el trabajo. La ley de California permite a los empleadores crear estas redes bajo Cal. Lab. Code § 4616 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code%20A7139-21-medical-provider-network-requirements/>).

Antes de que cualquier MPN pueda ser utilizada, debe ser aprobada por el Director Administrativo de la División de Compensación Laboral (DWC, por sus siglas en inglés), la agencia estatal que supervisa la compensación laboral. La ley es clara: "Ninguna MPN podrá usarse sin la aprobación previa del Director

Administrativo". Véase Cal. Lab. Code § 4616

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A7139-21-medical-provider-network-requirements/>).

Esto es importante porque si la MPN nunca fue aprobada debidamente, no puede restringir legalmente qué médico puede consultar.

El proceso de aprobación se rige por Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.2

(<https://www.cwci.org/document.php?file=2025.pdf>). El Director Administrativo tiene 60 días para aprobar o rechazar una solicitud de MPN. Si el Director Administrativo no actúa dentro de 60 días, la MPN se considera automáticamente aprobada el día 61 por un período de cuatro años. Cada MPN aprobada recibe un número de aprobación único.

La Regla General: Usted Debe Tratarse Dentro de la MPN

Una vez que una MPN esté debidamente aprobada y en vigor, la regla general es que usted debe recibir el tratamiento por su lesión laboral con médicos dentro de esa red. Cal. Lab. Code § 4616(a)(1) (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A7139-21-medical-provider-network-requirements/>) establece este requisito por defecto. Usted no tiene derecho automático a continuar viendo a un médico fuera de la MPN simplemente porque ese médico lo trató anteriormente.

Sin embargo, esta regla general tiene varias excepciones importantes. El resto de este informe explica esas excepciones en detalle.

Su Derecho Básico a Tratamiento Médico

Bajo Cal. Lab. Code § 4600

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A74600-right-to-medicaltreatment-workers-comp/>), su empleador debe proporcionar todo el tratamiento médico que sea "razonablemente requerido para curar o aliviar" los efectos de su lesión laboral. Esto incluye visitas al médico, cirugía, hospitalización, medicamentos, terapia física y equipo médico.

La MPN no le quita este derecho. En cambio, establece un grupo específico de médicos a través del cual su empleador brinda ese tratamiento. Si la MPN no proporciona el tratamiento que usted razonablemente necesita, es posible que pueda impugnar las restricciones de la MPN usando las opciones descritas en este informe.

--Parte 2: Estándares de Acceso - Requisitos Mínimos que Debe Cumplir la MPN

Esta sección explica las reglas sobre cuántos médicos deben estar disponibles en la MPN, qué tan cerca deben estar de donde usted vive o trabaja y con qué rapidez debe poder obtener una cita.

Requisitos de Distancia y Tiempo de Viaje

Toda MPN debe cumplir con estándares de acceso específicos establecidos en Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html). Estos estándares aseguran que usted realmente pueda acceder a los médicos que necesita. La MPN debe proporcionar:

Médicos tratantes principales: Al menos tres médicos tratantes principales disponibles y un hospital para atención de emergencia dentro de 30 minutos o 15 millas de su hogar o lugar de trabajo.

Especialistas: Proveedores de servicios de salud ocupacional y especialistas que traten lesiones laborales comunes dentro de 60 minutos o 30 millas de su hogar o lugar de trabajo.

Número mínimo de médicos: Al menos tres médicos disponibles en cada especialidad necesaria para tratar lesiones comunes en su tipo de trabajo.

La palabra "disponibles" significa médicos que realmente están aceptando nuevos pacientes, no simplemente nombres en una lista. Véase Estándares de Acceso de la MPN y Tratamiento con Especialistas (<https://www.sullivanoncomp.com/blog/mpn-accessstandards-if-an-employee-chooses-to-treat-with-a-specialist>).

Plazos para Programar Citas

La MPN también debe cumplir con los requisitos de tiempo bajo Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html):

Primera visita de tratamiento: Una cita debe estar disponible dentro de 3 días hábiles de su solicitud de tratamiento.

Cita con especialista: Una cita inicial con un especialista debe estar disponible dentro de 20 días hábiles de su solicitud razonable.

Crítico: Si la MPN no puede programar una cita con un especialista dentro de 10 días hábiles de su solicitud, su empleador debe permitirle ver a un especialista apropiado fuera de la MPN. Este es un derecho automático; usted no necesita permiso especial de un juez.

Cuando la MPN no puede cumplir con los estándares de acceso

Si usted no puede obtener el tratamiento médico que razonablemente necesita dentro de las distancias, tiempos de viaje o plazos de programación requeridos, la MPN debe contar con una política escrita que le permita consultar a un médico fuera de la MPN dentro de un área geográfica razonable. Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html). Esto significa que las violaciones a los estándares de acceso le otorgan un fundamento legal concreto para obtener tratamiento fuera de la red.

--Parte 3: Continuidad de la atención - Mantener temporalmente a su médico actual

Esta sección explica cómo usted podría continuar recibiendo tratamiento con un médico que no forma parte de la MPN si su condición médica cumple con ciertas definiciones.

Quién califica para la continuidad de la atención

La continuidad de la atención es una protección legal que le permite seguir viendo a su médico actual -aun cuando ese médico no forme parte de la MPN- cuando su condición médica es lo suficientemente grave como para que cambiar de médico resulte inseguro o perjudicial. Esta protección proviene del Cal. Lab. Code § 4616.2 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4616-4616.7/4616.2/>).

Usted califica si su condición cumple con cualquiera de estas cuatro definiciones:

Condición aguda: Una condición médica que se espera dure menos de 90 días.

Condición crónica grave: Una condición debida a una enfermedad, padecimiento o trastorno que requiere

tratamiento continuo durante al menos 90 días.

Enfermedad terminal: Una condición incurable o irreversible con alta probabilidad de causar la muerte dentro de un año.

Cirugía o procedimiento programado: Una cirugía o procedimiento que su médico haya recomendado y documentado para llevarse a cabo dentro de 180 días, y que haya sido autorizado por el empleador o la aseguradora.

Si su condición cumple con cualquiera de estas definiciones, su empleador debe autorizar la continuación del tratamiento con su médico fuera de la MPN por un período razonable - hasta un máximo de 12 meses. Véase Cal. Lab. Code § 4616.2 (<https://law.justia.com/codes/california/2011/lab/division-4/4616-4616.7/4616.2/>).

Cómo impugnar la decisión del empleador de transferir su atención

Si su empleador determina que su condición no califica para la continuidad de la atención, el empleador debe notificárselo por escrito. Este aviso debe enviarse a su domicilio con copia a su Médico Tratante Principal (PTP, por sus siglas en inglés) - el médico principal que administra la atención de su lesión laboral. El aviso debe estar redactado tanto en inglés como en español utilizando un lenguaje sencillo. Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.9 (<https://www.dir.ca.gov/t8/97679.html>) y Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.10 (<https://www.dir.ca.gov/t8/976710.html>).

Si usted no está de acuerdo con la decisión del empleador, siga estos pasos:

Pida a su PTP que redacte un informe explicando si su condición cumple con una de las cuatro definiciones de continuidad de la atención.

Su PTP debe proporcionar este informe dentro de 20 días calendario. Si su PTP incumple este plazo, la decisión del empleador prevalece y usted pierde su derecho a impugnarla.

Si el empleador no está de acuerdo con el informe de su PTP, la disputa pasa al proceso de resolución de disputas médicas bajo el Cal. Lab. Code § 4062

(<https://www.rjylaw.com/navigating-labor-code-4062-3-a-defense-attorneys-guide-to-fair-medical-evaluations-in-workers-compensation-cases/>).

Importante: El plazo de 20 días para el informe de su PTP es estricto. Si desea conservar a su médico actual bajo la continuidad de la atención, debe actuar con rapidez.

--Parte 4: Pre-designación - Protección de su derecho a su médico personal

Esta sección explica cómo elegir a su médico personal con anticipación -antes de sufrir una lesión- puede protegerlo de las restricciones de la MPN.

¿Qué es la pre-designación?

La pre-designación significa que usted nombra oficialmente a su médico personal por escrito antes de que ocurra una lesión laboral. Si lo hace correctamente, podrá recibir tratamiento con ese médico por su lesión laboral aun cuando el médico no forme parte de la MPN del empleador. Este derecho proviene del Cal. Lab. Code § 4600(d)

(<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code%20A74600-right-to-medical-treatment-workers-comp/>).

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9780.1

(<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9780.1>), la pre-designación específicamente prevalece sobre las restricciones de la MPN: "Cuando un empleador o la aseguradora de un empleador tenga una Red de Proveedores Médicos...la pre-designación de un empleado efectuada conforme a esta sección será válida y el empleado no estará sujeto a la MPN."

Requisitos para una pre-designación válida

Para calificar, usted debe cumplir con los tres requisitos siguientes:

Aviso por escrito antes de la lesión: Debe entregar a su empleador un aviso por escrito nombrando a su médico personal antes de sufrir la lesión. El aviso debe incluir el nombre del médico, su dirección comercial y el nombre de su plan de seguro médico. Puede utilizar el Formulario DWC 9783 opcional.

Seguro médico calificado: Debe contar con cobertura médica para lesiones o enfermedades no laborales en la fecha de su lesión. Esto incluye planes de seguro médico, HMO y arreglos similares.

Acuerdo del médico: Su médico personal debe aceptar por escrito ser pre-designado antes de que ocurra la lesión. El médico puede firmar el formulario de pre-designación o proporcionar otra documentación escrita del acuerdo.

Véase Cal. Code Regs. tit. 8, § 9780.1 (<https://www.law.cornell.edu/regulations/california/8-CCR-9780.1>) y Pre-Designation of Personal Physician in Workers' Comp (<https://www.geklaw.com/news/predesignation.html>).

Desafíos que podría enfrentar

Aunque la pre-designación es una protección sólida, usted tiene la carga de la prueba - es decir, debe aportar la evidencia de que su pre-designación fue válida. Una reciente decisión de panel de la Junta de Apelaciones de Compensación al Trabajador (WCAB, por sus siglas en inglés) aclaró que, aun cuando el empleador no le haya informado sobre sus derechos de pre-designación, usted de todos modos debe probar que su médico habría aceptado la pre-designación. Véase Panel Decision Clarifies Burdens of Proof in MPN Disputes (<https://calawyers.org/workers-compensation/panel-decision-clarifies-burdens-of-proof-in-mpn-disputes/>).

Importante: Si cuenta con un formulario de pre-designación escrito firmado tanto por usted como por su médico antes de su lesión, su caso es sólido. Si no tiene documentación escrita, demostrar la pre-designación se vuelve muy difícil.

--Parte 5: Segundas Opiniones, Terceras Opiniones y Revisión Médica Independiente

Esta sección explica sus derechos a impugnar un diagnóstico o plan de tratamiento mientras permanece dentro del sistema MPN.

Su Derecho a Segundas y Terceras Opiniones

Aun cuando deba recibir tratamiento dentro de la MPN, usted tiene el derecho legal a obtener opiniones médicas adicionales si no está de acuerdo con el diagnóstico o plan de tratamiento de su médico tratante. Este proceso se rige por el Código de Regulaciones de California, tít. 8, § 9767.7

(https://www.dir.ca.gov/t8/9767_7.html) y el Código Laboral de California § 4616.3

(<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requesting-consulting-physicians-mpn>).

Así funciona el proceso:

Informe al administrador de reclamos (la persona que maneja su reclamo para el empleador o la aseguradora) que no está de acuerdo con el diagnóstico o tratamiento de su médico y que desea una segunda opinión.

El administrador de reclamos debe proporcionarle una lista de proveedores o especialistas de la MPN en el campo correspondiente.

Debe programar una cita con un médico de segunda opinión dentro de los 60 días posteriores a recibir la lista. Si incumple este plazo, pierde el derecho a una segunda opinión.

El médico de segunda opinión lo examina y redacta un informe dentro de 20 días con su opinión y cualquier recomendación de tratamiento alternativo.

Si no está de acuerdo con el médico de segunda opinión, puede repetir el proceso para obtener una tercera opinión de otro médico de la MPN.

Importante: No necesita el permiso del empleador para solicitar una segunda opinión. Este derecho existe de manera independiente del proceso de revisión de utilización (UR) (explicado más adelante). Véase Requesting Consulting Physicians Within an MPN (<https://www.sullivanattorneys.com/blog/requestingconsulting-physicians-mpn>).

Revisión Médica Independiente de la MPN

Si aún no está de acuerdo después de recibir segundas y terceras opiniones, puede solicitar una Revisión Médica Independiente (IMR) de la MPN al Director Administrativo, conforme al Código Laboral de California § 4616.4

(<https://law.justia.com/codes/california/code-lab/division-4/part-2/chapter-2/article-2-3/section-4616-4/>). Un médico independiente - no elegido por usted ni por su empleador - revisa su caso.

El revisor independiente utiliza el Medical Treatment Utilization Schedule (MTUS), que es el conjunto oficial de pautas de tratamiento de California, para determinar si el tratamiento en disputa es médicamente apropiado. Véase DWC Medical Treatment Utilization Schedule (<https://www.dir.ca.gov/dwc/mtus/mtus.html>).

Crítico: Si el revisor independiente determina que el tratamiento en disputa es consistente con el MTUS, usted puede buscar ese tratamiento con un médico de su elección - dentro o fuera de la MPN - y su empleador deberá pagarlo. Véase el Código Laboral de California § 4616.4 (<https://law.justia.com/codes/california/codelab/division-4/part-2/chapter-2/article-2-3/section-4616-4/>).

--Parte 6: Revisión de Utilización y Disputas sobre Necesidad Médica

Esta sección explica el proceso independiente que los empleadores utilizan para determinar si su tratamiento es médicamente necesario, y cómo apelar las denegaciones.

¿Qué es la Revisión de Utilización?

La revisión de utilización (UR) es un proceso que su empleador debe usar para evaluar si el tratamiento médico solicitado es médicamente necesario. Este requisito proviene del Código Laboral de California § 4610 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A7610-utilization-review-ur-workers-comp/>). A través de la UR, el empleador puede aprobar, modificar, retrasar o denegar una solicitud de tratamiento. Solo un médico con licencia puede tomar la decisión de modificar, retrasar o denegar un tratamiento por motivos de necesidad médica.

Apelación de una Denegación de UR Mediante IMR

Si una decisión de UR deniega o modifica su tratamiento, puede apelar a través de la Revisión Médica Independiente (IMR) conforme al Código Laboral de California § 4610.5 (<https://employeesfirstlaborlaw.com/labor-code-%C2%A7610-utilizationreview-ur-workers-comp/>). Este proceso de IMR aplica ya sea que su médico esté dentro o fuera de la MPN.

Nota: A partir del 1 de abril de 2026, California ha actualizado las regulaciones de UR. Estos cambios incluyen nuevos requisitos para las organizaciones de UR, plazos actualizados y sanciones más estrictas por incumplimiento. Véase California Utilization Review Regulation Updates Effective 2026 (<https://www.enlyte.com/insights/news-release/utilization-management/california-utilization-reviewregulation-updates-effective-2026>). Estas actualizaciones pueden ayudar a reducir demoras en la autorización de su tratamiento.

--Parte 7: Impugnación de la Validez o el Cumplimiento de la MPN

Esta sección explica los fundamentos legales que puede utilizar para argumentar que la MPN no debe restringir su elección de médico.

Fundamentos para Impugnar una MPN

Puede impugnar la validez o el cumplimiento de una MPN si puede demostrar que no cumple con los requisitos legales.

Los fundamentos comunes incluyen:

Falta de notificación adecuada: La MPN debe proporcionarle notificación por escrito explicando la red, cómo acceder a ella y sus derechos dentro de la misma. Si nunca recibió esta notificación, la MPN podría no ser válida en su contra. Véase el Código de Regulaciones de California, título 8, § 9767.12 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_12.html) y What Makes an MPN Invalid or Noncompliant (<https://employeesfirstlaborlaw.com/what-makes-a-medical-providernetwork-mpn-invalid-or-noncompliant/>).

Médicos insuficientes: La MPN debe contar con al menos tres médicos disponibles en cada especialidad necesaria. Véase el Código de Regulaciones de California, título 8, § 9767.5 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_5.html).

Violaciones de los estándares de acceso: La MPN debe cumplir con los requisitos de distancia y tiempo de viaje descritos en la Parte 2.

Incumplimientos de programación: La MPN debe cumplir con los requisitos de plazos para citas (3 días hábiles para la primera visita; 20 días hábiles para especialistas).

Políticas obligatorias ausentes: La MPN debe mantener políticas por escrito relativas a segundas y terceras opiniones, continuidad de la atención, resolución de disputas y atención fuera de la red.

Aprobación indebida: La aprobación de la MPN pudo haberse basado en información incompleta o falsa, o la aprobación pudo haber expirado.

Carga de la Prueba ante la WCAB

Si presenta una petición ante la Junta de Apelaciones de Compensación Laboral (WCAB) - el tribunal que decide disputas de compensación laboral - para recibir tratamiento fuera de la MPN, la carga de la prueba

depende del asunto específico. Una decisión de panel de la WCAB de 2023 aclaró la siguiente asignación. Véase Panel Decision Clarifies Burdens of Proof in MPN Disputes (<https://calawyers.org/workers-compensation/panel-decision-clarifies-burdens-of-proof-in-mpndisputes/>):

El empleador debe probar que usted fue debidamente notificado de su derecho a predesignar un médico personal.

Usted debe probar que su médico predesignado habría aceptado la predesignación.

Usted debe probar que el empleador efectivamente se negó o descuidó proporcionar atención médica, con documentación específica tal como solicitudes de autorización denegadas - no solamente su creencia de que se debía haber proporcionado tratamiento.

Parte 8: Presentación de Quejas ante la División de Compensación de Trabajadores

Esta sección explica cómo presentar una queja formal si la MPN está violando la ley.

Proceso de Queja Paso a Paso

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.16 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_16.html), usted puede presentar una queja si cree que la MPN no está siguiendo las reglas. El proceso tiene dos etapas:

Etapa 1 - Queja al Contacto de la MPN:

Envíe una queja por escrito al Contacto de la MPN (la persona u oficina designada por la MPN para manejar quejas).

Su queja debe incluir: la ley o regulación específica que se está violando, cuándo ocurrió la violación, si continúa ocurriendo, qué ha hecho usted ya para abordarla, cómo le ha afectado y qué remedio está buscando.

La MPN tiene 30 días calendario para responder por escrito - ya sea corrigiendo el problema o disputando su queja.

Etapa 2 - Queja a la DWC:

Si la MPN no corrige el problema dentro de 30 días o disputa su queja, presente una queja por escrito ante la DWC usando el Formulario de Queja de Red de Proveedores Médicos de la DWC (https://www.dir.ca.gov/dwc/DWC_FilingAComplaint.htm).

Envíe una copia del formulario de queja al Contacto de la MPN.

El Director Administrativo investigará si existe evidencia creíble de una violación.

Crítico: Si usted enfrenta una amenaza inmediata y grave a su salud - incluyendo la posible pérdida de vida, extremidad o función corporal importante - puede presentar la queja directamente ante la DWC sin esperar 30 días para que la MPN responda.

Sanciones por Violaciones de la MPN

La DWC puede imponer sanciones administrativas contra MPN que no cumplan, que van desde \$250 hasta \$5,000 o más por violación, dependiendo de la naturaleza y persistencia del problema. Ver Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.19 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_19.html). La DWC también puede suspender o revocar la aprobación de una MPN.

--Parte 9: Su Médico Tratante Primario - Rol, Derechos y Limitaciones

Esta sección explica el rol del PTP y las reglas sobre el cambio de médicos dentro de la MPN.

¿Quién es el Médico Tratante Primario?

Su Médico Tratante Primario (PTP) es el médico principalmente responsable de gestionar la atención de su lesión laboral. El PTP debe haberlo examinado al menos una vez y debe monitorear los efectos del tratamiento. Este rol está definido en el Cal. Code Regs. tit. 8, § 9785 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9785.html>).

Reglas clave sobre su PTP:

Usted puede tener solamente un PTP a la vez.

Para lesiones ocurridas en o después del 1 de enero de 2004, un quiropráctico no puede ser su PTP después de 24 visitas a menos que el empleador autorice más por escrito.

El PTP toma determinaciones médicas importantes sobre su atención, incluyendo el alcance del tratamiento, cuándo se le da de alta de la atención y cuándo usted ha alcanzado el estado permanente y estacionario (lo que significa que su condición es estable y poco probable que cambie significativamente en el próximo año).

Cambio de Médicos dentro de la MPN

Conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9767.6 (https://www.dir.ca.gov/t8/9767_6.html), después de su primera visita con un médico de la MPN, usted puede cambiar a otro médico dentro de la MPN en cualquier momento. No hay límite en cuántas veces puede cambiar de médico dentro de la MPN. Usted elige según la especialidad del médico o su experiencia en el tratamiento de su lesión específica.

Importante: Usted no presenta una petición para cambiar de médico dentro de la MPN. Simplemente selecciona un nuevo médico de la lista de la MPN. El proceso formal de "Petición de Cambio de Médico Tratante" conforme al Cal. Code Regs. tit. 8, § 9781 (<https://www.dir.ca.gov/t8/9781.html>) no aplica a los empleados que ya están recibiendo tratamiento dentro de una MPN.

--Parte 10: Sus Opciones Estratégicas - Resumen y Pasos a Seguir

Esta sección resume sus opciones y proporciona pasos prácticos para proteger sus derechos.

Resumen de Opciones

| Opción | Solidez