

Nazareth Area School District
Effective Date: July 1, 2024 – June 30, 2025
NOTICE TO EMPLOYEES IN CASE OF WORK-RELATED INJURIES

1. If you suffer a work-related injury, your employer or its insurance company must pay for reasonable and necessary surgical and medical services and supplies, orthopedic appliances and prosthesis, including training for their use. First, you **MUST** report the injury to your supervisor who will provide you with an SDIC claim reporting packet. Please contact your district Workers Compensation Coordinator:

Deborah Sandt - Employee Benefits 610-759-1170 x 1000

2. Next, please call SDIC @ (800) 445-6965 or report your claim online at www.sdicwc.org (click the "Report a Claim" button). When you call SDIC with your report of injury, you will be assigned a claim number for use when seeing a panel physician. Please contact your designated claims adjuster for all inquiries.
3. To ensure that reasonable and necessary medical treatment will be paid by your employer or the insurance company, you **must** treat with one of the health care providers listed in the panel below for the first ninety (90) days from the date of first treatment.
4. If a panel provider below refers you to another licensed specialist, your employer or their insurer will pay for the reasonable and necessary services.
5. If you still need treatment after the initial ninety (90) day period, and your employer has provided the list as set forth below, you may choose to go to another health care provider for treatment. You must notify your employer of this action within five (5) days of your visit to said provider.
6. If a panel physician prescribes invasive surgery, you may obtain a second opinion from any physician of your choice. If the second opinion is different than the listed physician's opinion, you may determine which course of treatment to follow; however, the second opinion must contain a specific and detailed treatment plan. If you choose the second opinion, the procedures in that opinion must be performed by one of the listed panel physicians for the first ninety (90) days.
7. If you are faced with a medical emergency, you may secure assistance from a hospital, physician, or health care provider of your choice for your work-related injury. However, when the emergency is resolved, you must seek treatment from a panel provider listed below.
8. The Commonwealth has no direct jurisdiction over out of state providers under PA Workers' Compensation Act. Treatment with out of state providers may result in you being billed for excess amounts over the PA Act 44 Fee Schedule. Your insurance company is not responsible for any fees over and above the fee schedule. If you prefer to seek treatment with an out of state provider, you should discuss this possibility with your provider prior to initiating treatment.
9. If you require a prescription for your work-related injury or disease, **do not use your personal health plan prescription card**. Please use the Mitchell International First Fill sheet provided in the claim package.

Name	Address	Scheduling	Area of Specialty
Concentra Medical Centers	90 S Commerce Way Ste 100 Bethlehem, PA 18017	484-820-0260	Occupational Medicine
St Lukes Care Now - Forks	2003 Sullivan TRL Easton, PA 18040	484-503-6470	Occupational Medicine
Patient First	2450 Butler St Easton, PA 18042	610-991-3136	Occupational Medicine
St. Luke's North Occupational Medicine	153 Brodhead Road Bethlehem, PA 18017	484-526-3223	Occupational Medicine
OAA Orthopaedic Specialists	250 Cetronia Rd Suite A. Allentown, PA 18104	610-973-6200	Orthopedics
LVPG Orthopedics and Sports Medicine-Wind Gap	1411 Jacobsburg Rd Wind Gap, PA 18091	610-402-8900	Orthopedics
Lehigh Valley Eye Center	3535 High Point Blvd Suite 800 Bethlehem, PA 18017	610-867-9900	Ophthalmology

Claimants may use nearest or any locations for all providers listed above.

One Call® PT Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Physical Therapy
NovaCare Rehabilitation	Call Toll Free for Closest Location	1-866-723-NOVA	Physical Therapy
One Call® Chiropractic Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Chiropractic
One Call® Diagnostic Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Diagnostics
One Call® DME/Home Health Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	DME/Home Health
One Call® Dental Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Dental



2024-2025

All workers' compensation claims will be processed on behalf of the School District by:

**School District Insurance Consortium
1600 Pennbrook Parkway
Lansdale, PA 19446
Phone: (800) 445-6965**

ACKNOWLEDGMENT: I have been informed of and understand my rights and duties as specified herein.

Signature: _____ Date: _____

Please Print Name: _____

*At time of distribution, this information is accurate to the best of our knowledge. This panel is subject to change based on information received from the medical provider.

Please return this completed form to your district Workers' Compensation Coordinator.

Nazareth Area School District
Fechas Efectivas: July 1, 2024 – June 30, 2025

AVISO A LOS EMPLEADOS EN CASO DE LESIONES RELACIONADA AL TRABAJO

1. Si usted sufre una lesión relacionada al trabajo, su empleador o su compañía de seguros debe pagar por servicios y suministros quirúrgicos y médicos razonables y necesarios, aparatos ortopédicos, y prótesis, incluyendo entrenamiento para su uso. Primero, usted TIENE que reportar la lesión a u supervisor quien le proporcionara un paquete de reportar reclamos de SDIC. Por favor comuníquese con su coordinador de compensación para Trabajadores de su distrito:

Deborah Sandt - Employee Benefits 610-759-1170 x 1000

2. Próximo, llame SDIC al (800) 445-6965 o reporte su reclamo en línea al www.sdiwc.org (haga clic al botón "Reporte un Reclamo"). Cuando llame a SDIC con su reporte de lesión, va a ser asignado un numero de reclamo para uso cuando vea a un medico del panel. Comuníquese con su ajustador de reclamos designado para todas las consultas.
3. Para asegurar que sea pagado su tratamiento razonable y necesario por su empleador o compañía de seguros, usted **tiene** que tratar con uno de los proveedores médicos en la lista del panel a continuación por noventa (90) días a partir de la fecha del primer tratamiento.
4. Si un proveedor del panel a continuación le refiere a otro especialista licenciado, su empleador o su aseguradora pagaran por servicios razonables y necesarios.
5. Si aún necesita tratamiento después del período inicial de noventa (90) días, y su empleador le ha proporcionado la lista que se establece a continuación, puede acudir a otro proveedor de atención médica para recibir tratamiento. Tiene que notificar a su empleador de esta acción dentro de los cinco (5) días de su visita a dicho proveedor.
6. Si un médico del panel prescribe una cirugía invasiva, puede obtener una segunda opinión de cualquier médico de su elección. Si la segunda opinión es diferente a la opinión del médico mencionado, usted puede determinar qué curso de tratamiento seguir; sin embargo, la segunda opinión debe contener un plan de tratamiento específico y detallado. Si elige la segunda opinión, los procedimientos en esa opinión deben ser realizados por uno de los médicos del panel enumerados durante los primeros noventa (90) días.
7. Si se enfrenta con una emergencia médica, puede obtener asistencia de un hospital, medico, o proveedor de atención medica de su elección para su lesión relacionada al trabajo. Sin embargo, cuando se resuelva la emergencia, debe buscar tratamiento de un proveedor del panel a continuación.
8. El Estado Libre Asociado no tiene jurisdicción directa sobre proveedores fuera del estado bajo la Ley de Compensación para Trabajadores de Pennsylvania. Tratamiento con proveedores fuera del estado puede resultar en que les facturen cantidades en exceso sobre la agenda de tarifas de la Ley 44 de Pennsylvania. Su compañía de seguros no es responsable de ningún cobro sobre la agenda de tarifas. Si prefiere buscar tratamiento con un proveedor fuera de estado, debe analizar esta posibilidad con su proveedor antes de iniciar tratamiento.
9. Si usted requiere una receta por su lesión o enfermedad relacionada al trabajo, **no use la tarjeta de receta de salud medica personal**. Por favor utilice la hoja de Mitchell International First Fill incluida en el paquete de reclamo.

<u>Name</u>	<u>Address</u>	<u>Scheduling</u>	<u>Area of Specialty</u>
Concentra Medical Centers	90 S Commerce Way Ste 100 Bethlehem, PA 18017	484-820-0260	Occupational Medicine
St Lukes Care Now - Forks	2003 Sullivan TRL Easton, PA 18040	484-503-6470	Occupational Medicine
Patient First	2450 Butler St Easton, PA 18042	610-991-3136	Occupational Medicine
St. Luke's North Occupational Medicine	153 Brodhead Road Bethlehem, PA 18017	484-526-3223	Occupational Medicine
OAA Orthopaedic Specialists	250 Cetronia Rd Suite A. Allentown, PA 18104	610-973-6200	Orthopedics
LVPG Orthopedics and Sports Medicine-Wind Gap	1411 Jacobsburg Rd Wind Gap, PA 18091	610-402-8900	Orthopedics
Lehigh Valley Eye Center	3535 High Point Blvd Suite 800 Bethlehem, PA 18017	610-867-9900	Ophthalmology

Los reclamantes pueden usar la ubicación más cercana o cualquier ubicación para todos los proveedores mencionados anteriormente.

Concentra Telemedicine	Multiple Locations	1-855-835-6337	Telemedicine
One Call® PT Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Physical Therapy
NovaCare Rehabilitation	Call Toll Free for Closest Location	1-866-723-NOVA	Physical Therapy
One Call® Chiropractic Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Chiropractic
One Call® Diagnostic Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Diagnostics
One Call® DME/Home Health Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	DME/Home Health
One Call® Dental Network	Call Toll Free for Closest Location	1-855-629-6226	Dental



2024-2025

Todos los reclamos de compensación para trabajadores serán procesados de parte del Distrito Escolar por:

**School District Insurance Consortium
1600 Pennbrook Parkway
Lansdale, PA 19446
Teléfono: (800) 445-6965**

RECONOCIMIENTO: He sido informado y entiendo mis derechos y deberes como se especifican en este documento.

Firma: _____ Fecha: _____

Nombre en Letra Imprenta: _____

*Al momento de distribución, esta información es correcta al mejor de nuestro conocimiento. Este panel está sujeto a cambios según la información recibida de proveedor médico.

Por Favor regrese este formulario llenado a su Coordinador de Compensación para Trabajadores de su distrito.