

Confirmación

Yo he recibido información que me dice cómo puedo recibir servicios médicos dentro del seguro de compensación para trabajadores.

Si yo me lesiono en el trabajo y vivo en el área descrita en esta información, yo entiendo que:

1. Yo debo escoger un médico tratante de la lista de médicos que aparecen en la red de servicios médicos o yo puedo preguntarle a mi médico primario de mi HMO si está de acuerdo en ser mi médico tratante.
2. Yo debo ir a mi médico tratante para cualquier servicio médico relacionado con la lesión. Si yo necesito un especialista mi médico tratante me remitirá. Si yo necesito tratamiento de emergencia yo puedo ir a cualquier lugar.
3. El Patron/Portador pagará el médico tratante y los otros médicos de la red de servicios médicos.
4. Puede ser que yo tenga que pagar la cuenta médica, si yo recibo servicios médicos por cualquier otro médico fuera de la red de servicios médicos sin tener autorización

(Firma)

(Fecha)

(Nombre en imprenta)

Yo vivo en _____

(Dirección calle)

(Ciudad)

(Estado)

(Código Postal)

Nombre del empleador _____

Nombre de la red de servicios médicos: CareWorks HCN