WORKWELL,TX

Confirmación del empleado de la red de compensación para trabajadores

He recibido información que me indica cómo puedo obtener servicios médicos bajo el seguro de compensación para trabajadores de mi empleador.

Si sufro una lesión en el trabajo y vivo dentro del área de servicio que se indica en este paquete, comprendo que debo hacer lo siguiente:

- Debo elegir a un médico de tratamiento de la lista de médicos de la red. O bien, puedo solicitar al médico de cabecera de mi HMO que acepte actuar como médico de tratamiento. Si elijo como médico de tratamiento a mi médico de cabecera en la HMO, llamaré a Texas Mutual Insurance Company al (844) 867-2338 para notificar mi elección.
- Debo dirigirme al médico de tratamiento para todos los servicios médicos relacionados con mi lesión. Si necesito un especialista, el médico de tratamiento hará la derivación. Si necesito atención de emergencia, puedo dirigirme a cualquier lugar.
- Texas Mutual abonará al médico de tratamiento y a otros proveedores de la red por el tratamiento de mi lesión susceptible de compensación.
- Si recibo atención médica de un médico no perteneciente a la red, sin la aprobación previa de esta, es posible que tenga que pagar los costos.

La presentación intencional de reclamaciones falsas de compensación para trabajadores puede derivar en una investigación penal y tener como consecuencia sanciones penales, como multas y encarcelamiento.

_____ _____ _____

Firma Fecha Nombre en letra de imprenta

Vivo en: _____

Dirección

_____

Ciudad Estado Código postal

Nombre del empleador: Southwest Texas College

Nombre de la red: WorkWell, TX

Para el empleador:

Todos los empleados deben firmar este formulario al inicio del programa o dentro de los 3 días después de ser contratados, y al momento en que se produzca una lesión. Sírvase indicar en qué momento se firmó esta confirmación.

□ Inicio del programa de la red (en toda la compañía)
□ Notificación inicial al empleado (nuevo)
□ Notificación de la lesión (fecha de la lesión: / /)

Conserve este formulario completo en el legajo de personal del empleado. Texas Mutual podría solicitarlo.

JA-1803-2210 • ©2022 Texas Mutual Insurance Company