

Requisitos de la red de Texas CorCare®

En vigor a partir de: _____

Marque uno: Aviso inicial del empleado

Aviso de lesión – Fecha de la lesión _____

Cuento con la información necesaria poder obtener atención médica por parte del seguro de indemnización a trabajadores. Si me lesiono en el trabajo y vivo en el área de servicio descrita en esta información, sé que:

- Debo elegir a un médico de cabecera de la lista de doctores que tienen un contrato con CorCare® o puedo solicitar a mi médico de atención primaria HMO que acceda a ser a mi médico de cabecera. Si selecciono a mi médico de atención primaria HMO para que acepte ser mi médico de cabecera, llamaré a CorVel al (866) 353-9768 para informarles de mi elección.
- Me doy cuenta de que, excepto en casos de emergencia, debo obtener todos los servicios de atención médica para mi lesión laboral cubierta por la indemnización a trabajadores, lo que incluye referencias a especialistas, con mi médico de cabecera de CorCare. Si necesito atención de urgencia, puedo ir a cualquier parte.
- La compañía aseguradora pagará al médico de cabecera y a otros proveedores de la red y no me pasará ninguna factura por la atención de una lesión cubierta por la indemnización a trabajadores.
- Salvo en casos de emergencia, si busco atención médica que no esté aprobada por CorCare®, por parte de un médico que no trabaje con CorCare®, la aseguradora no pagará por esa atención. Es posible que tenga yo que pagarla.

Firma del empleado

Fecha

Nombre del empleado con letra de imprenta

Dirección del empleado (el lugar donde vivo)

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador

CorVel Corporation/Texas CorCare®

Nombre de la red -- Devolver el formulario al empleador, la aseguradora o tercero administrador.