

## RECIBO DE INFORMACIÓN SOBRE LA RED DE COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR

Efectivo/Effective: \_\_\_\_\_

Marque Uno/Check One:

Nota inicial del Empleado/Initial Employee Notice

Nota de herida/ Injury Notice --la Fecha de la Herida/Date of Injury \_\_\_\_\_

He recibido información sobre cómo obtener atención de salud bajo el seguro de compensación al trabajador. Si me lesionara en el empleo y vivo dentro del área de servicio descrita en este documento entiendo que:

- Tengo que escoger al doctor que me va a tratar de la lista de doctores en la red. O puedo preguntarle a mi médico principal del HMO si acepta tratarme. Si selecciono mi médico de atención primaria de la HMO que acepta ser mi médico tratante, llamaré CorVel al (866) 353-9768 para notificarles de mi elección.
- Me doy cuenta que, excepto en casos de emergencia, debo obtener toda la atención medica incluyendo referencias a especialistas, de mi médico CorCare®, incluyendo tratamiento para mi lesión de trabajo indemnizable. Si necesito atención de emergencias, puedo ir a cualquier sala de emergencias.
- La aseguradora pagará directamente al doctor y a los otros proveedores de la red que me dan tratamiento. Yo no recibiré cobros por tratamientos relacionados a mi lesión.
- Si recibo tratamientos que no son de emergencia, es posible que yo tenga que pagar las cuentas si voy a un doctor o proveedor que no esta en la red y no tengo la aprobación de la red.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre en letra de imprenta

\_\_\_\_\_  
Mi domicilio: Dirección

\_\_\_\_\_  
Ciudad

\_\_\_\_\_  
Estado

\_\_\_\_\_  
Código postal

\_\_\_\_\_  
Nombre del empleador

**CorVel Corporation/Texas CorCare®**

\_\_\_\_\_  
Nombre de la red. Vuelva forma al empleador, administrador de portador o terceros.