

The University of Texas Medical Branch at Galveston

***Para obtener más información, póngase en contacto con
Employee Injury Management – 409.772.1892***

Red de compensación al trabajador Recibo de Información

He recibido la Notificación de los requisitos para utilizar la Red que me explica cómo obtener atención médica a través de la Red de compensación al trabajador.

Si me lastimo en el trabajo y vivo en el área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Debo elegir un médico tratante de la lista de médicos pertenecientes a la **red de IMO Med-Select Network®**. O puedo pedir a mi médico de atención primaria en mi HMO que acepte ser mi médico tratante, para lo cual debo llenar el Formulario # OMI MSN-5, titulado Médico de atención primaria de HMO como médico tratante del seguro de compensación al trabajador.
2. Debo recurrir a mi médico tratante de la red para toda atención médica relacionada con mi lesión. Si necesito a un especialista, mi médico tratante hará el referido. Si necesito una atención de emergencia, puedo ir a cualquier lugar.
3. El UT System pagará al médico tratante y demás proveedores de atención médica de la red.
4. Es posible *que me vea obligado a pagar la factura si recibo atención médica de alguien que no pertenezca a la red sin obtener autorización de la red.*
5. Si recibo la Notificación de requisitos para utilizar la red y si niego a firmar el Recibo de Información, *aún estoy obligado a utilizar la red.*

Sírvase proporcionar la siguiente información antes de firmar y enviar este formulario de recibo de información:

Nombre de la compañía: The University of Texas System c/o CCMSI

de ID de Empleado: _____ **Nombre de la red:** IMO Med-Select Network®

Fecha de empleo: _____ **Departamento:** _____

Fecha de la lesión: _____

Domicilio: _____
Calle – No se admiten apartados de correo ni la dirección del trabajo

Ciudad

Estado

Código postal

Condado

Firma del empleado

Fecha

Nombre y apellidos en letra de molde

Número de teléfono del empleado