

La Universidad de Texas en Tyler & Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Texas en Tyler



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**[®]. (Se puede encontrar una lista de médicos en www.injurymanagement.com) 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.*

Complete la siguiente información antes de firmar y enviar este formulario de reconocimiento completo. La Organización de Manejo de Lesiones puede comunicarse con usted por teléfono, correo electrónico y/o mensaje de texto para brindarle información y/o analizar su lesión laboral.

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

Nombre de la red: IMO Med-Select Network[®] **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		_____ Número de teléfono del empleado	
_____ Nombre y apellidos en letra de molde		_____ Fecha	_____ Correo electrónico

Envíe por correo electrónico el Primer Informe de Lesión completo y el formulario de Reconocimiento de la Red IMO completo a Compensación para Trabajadores a WCI@uttyler.edu