

Formulario de Acuse de Recibo por el Empleado de Información sobre la Red de Cuidado de Salud (HCN) de Compensación por Lesiones de Trabajo

He recibido información que me notifica cómo obtener cuidado médico bajo el seguro de compensación por lesiones de trabajo ("Workers' Compensation" por su nombre en inglés). Entiendo que mi empleador utiliza **la Red de Cuidado Médico First Health Travelers**.

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

1. Debo escoger un médico tratante de la lista de médicos de la red del HCN.

Nota: Hay solamente una excepción a este requisito que se aplica si estoy cubierto por un HMO en mi grupo de beneficios médicos. En ese caso, puedo elegir a mi médico primario del cuidado de HMO (PCP) que sirva como mi doctor de tratamiento. Mi PCP debe adherir a todos los requisitos del HCN. Debo escoger una de las siguientes:

- ☐ Elijo a mi HMO PCP para que proporcione cualquier asistencia médica relacionada con una lesión o enfermedad relacionada con el trabajo. Llamaré al HCN al 1-866-245-6472 y le diré a HCN el nombre de mi PCP (médico primario del cuidado) o,
- ☐ No elijo a mi HMO PCP para que proporcione ninguna asistencia médica relacionada con una lesión o una enfermedad relacionada con el trabajo.

2. Debo acudir a mi médico tratante para recibir cualquier y toda atención médica por mi lesión. En caso de necesitar un especialista, mi médico tratante me derivará. Si necesito cuidado de urgencia, puedo buscar atención médica en cualquier lugar.
3. La compañía de seguro pagará al médico tratante y a los otros profesionales de la red.
4. Es posible que yo tenga que pagar la factura si recibo atención médica de personas ajenas a la red sin aprobación previa de la HCN.

(Firma)

(Fecha)

(Nombre y apellido en letra de molde)

Vivo en _____
(Domicilio)

(Ciudad) (Estado) (Código postal)

Nombre de la compañía: _____

Nombre de la Red: First Health/Travelers HCN

El área de servicio de la red está sujeta a cambios.

**Si usted necesita un profesional médico tratante llame a la HCN al: 1-866-245-6472.
DEVUELVA ESTE FORMULARIO COMPLETADO A SU COMPAÑÍ**