

## Mạng Lưới Bồi Thường Tai Nạn Lao Động Mẫu Đơn Xác Nhận

Tôi đã nhận được Thông Báo Các Yêu Cầu Mạng Lưới, thông báo cho tôi cách để nhận được chăm sóc y tế theo bảo hiểm tai nạn lao động.

Nếu tôi bị thương khi đang làm việc và sống trong khu vực dịch vụ được mô tả trong thông tin này, tôi hiểu rằng:

1. Tôi phải chọn một bác sĩ điều trị từ danh sách các bác sĩ trong **IMO Med-Select Network**<sup>®</sup>. Hoặc tôi có thể yêu cầu bác sĩ chăm sóc chính HMO của mình đồng ý làm bác sĩ điều trị bằng cách hoàn thành Mẫu Đơn # IMO MSN-5 Lựa Chọn Bác Sĩ Chăm Sóc Chính HMO làm Bác Sĩ Điều Trị Bồi Thường Tai Nạn Lao Động.
2. Tôi cần đi đến bác sĩ điều trị trong mạng lưới của mình cho toàn bộ việc chăm sóc vết thương. Nếu tôi cần một chuyên gia, bác sĩ điều trị của tôi sẽ giới thiệu tôi. Nếu tôi cần chăm sóc khẩn cấp, tôi có thể đi đến bất kỳ nơi nào.
3. Hãng bảo hiểm sẽ thanh toán cho bác sĩ điều trị và các nhà cung cấp thuộc mạng lưới.
4. Tôi *có thể phải trả* các hóa đơn nếu tôi nhận được chăm sóc y tế từ một ai đó không phải là bác sĩ trong mạng lưới mà chưa có phê duyệt của mạng lưới.
5. Nếu tôi nhận được Thông Báo Các Yêu Cầu Mạng Lưới và từ chối ký Mẫu Đơn Xác Nhận, *tôi vẫn được yêu cầu sử dụng mạng lưới*.

Vui lòng điền các thông tin sau đây trước khi ký và gửi mẫu đơn xác nhận được hoàn thành này:

Tên Công Ty Bảo Hiểm: Hệ Thống Đại Học Texas

# ID Nhân viên: \_\_\_\_\_ Tên Mạng Lưới: IMO Med-Select Network<sup>®</sup>

Ngày Thuê: \_\_\_\_\_ Khoa: \_\_\_\_\_

Ngày của chấn thương: \_\_\_\_\_

Địa Chỉ Nhà: \_\_\_\_\_

**Địa Chỉ Phố – Số Hộp P.O. hoặc Địa Chỉ Nơi Làm Việc**

Thành phố

Bang

Mã Zip

Hạt

\_\_\_\_\_  
Chữ Ký Nhân Viên

\_\_\_\_\_  
Ngày

\_\_\_\_\_  
Tên In Hoa

\_\_\_\_\_  
Số Điện Thoại Nhân Viên