

The University of Texas System Administration

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