

NOTIFICACIÓN PARA EL EMPLEADO SOBRE LOS REQUISITOS DE LA RED
Información Importante De Su Red Liberty Health Care Network

Tenga esta notificación a mano para consultas futuras

Tratamiento médico para lesiones relacionadas con accidentes de trabajo

Su empleador provee atención médica para lesiones relacionadas con accidentes de trabajo a través de Liberty Health Care Network (La Red). La Red ha sido certificada como red de atención médica por el estado de Texas.

Este documento le informa lo que usted necesita saber acerca de este programa.

Área de servicios de la red

El área de servicios de red incluye los siguientes condados: Anderson, Andrews, Angelina, Aransas, Archer, Armstrong, Atascosa, Austin, Bailey, Bandera, Bastrop, Baylor, Bee, Bell, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Bowie, Brazoria, Brazos, Briscoe, Brooks, Brown, Burleson, Burnet, Caldwell, Calhoun, Callahan, Cameron, Camp, Carson, Cass, Castro, Chambers, Cherokee, Clay, Cochran, Coke, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Comanche, Concho, Cooke, Coryell, Crane, Crosby, Dallam, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Dickens, Donley, Duval, Eastland, Ector, Ellis, El Paso, Erath, Falls, Fannin, Fayette, Fisher, Floyd, Franklin, Freestone, Frio, Fort Bend, Gaines, Galveston, Garza, Gillespie, Glasscock, Go-liad, Gonzales, Gray, Grayson, Gregg, Grimes, Guadalupe, Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hardin, Harris, Harrison, Hartley, Haskell, Hays, Hemphill, Henderson, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hopkins, Houston, Howard, Hudspeth, Hunt, Hutchinson, Irion, Jack, Jackson, Jasper, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Johnson, Jones, Karnes, Kaufman, Kendall, Kenedy, Kent, Kerr, Kimble, Kleberg, Lamar, Lamb, Lampasas, Lavaca, Liberty, Lee, Leon, Limestone, Lipscomb, Live Oak, Llano, Loving, Lubbock, Lynn, Madison, Marion, Martin, Mason, Matagorda, McCulloch, McLennan, McMullen, Medina, Menard, Midland, Milam, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Moore, Morris, Motley, Nacogdoches, Navarro, Newton, Nolan, Nueces, Ochiltrie, Oldham, Orange, Palo Pinto, Panola, Parker, Parmer, Pecos, Polk, Potter, Rains, Randall, Reagan, Real, Red River, Reeves, Refugio, Roberts, Robertson, Rockwall, Rusk, Sabine, San Augustine, San Jacinto, San Patricio, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Shelby, Sherman, Smith, Somervell, Starr, Stephens, Sterling, Stonewall, Swisher, Runnels, Tarrant, Taylor, Terry, Throckmorton, Titus, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler, Upshur, Upton, Uvalde, Van Zandt, Victoria, Walker, Waller, Ward, Washington, Webb, Wharton, Wichita, Wilbarger, Willacy, Williamson, Winkler, Wilson, Wise, Wood, Yoakum, y Young.

Hay un mapa de las áreas de servicio anexo a este documento.

Usted tendrá acceso a hospitales, especialistas y médicos tratantes que estarán a su disposición las veinticuatro (24) horas del día, los siete días de la semana.

Si usted no vive en un área rural:

- Su hospital o médico tratante no se encontrará a más de 30 millas.
- El acceso a un especialista o a un hospital de especialidad no estará a más de 75 millas.

Si usted vive en un área rural:

- Su hospital o médico tratante no se encontrará a más de 60 millas.
- El acceso a un especialista o a un hospital de especialidad no estará a más de 75 millas.

Si usted cree que vive fuera del área de servicios:

- Informe a su empleador y llame al representante de la red para que realice una revisión de su situación.
- Usted puede recibir atención de la red durante esta revisión.
- Se tomará una determinación dentro de los siete (7) días de haber recibido su solicitud para una revisión.

Si se comprueba que usted vive en el área de servicios debe elegir un médico tratante de la red. Si usted recibe atención fuera de la red y se comprueba que vive en el área de servicios, usted puede ser responsable de esos costos.

Si no está de acuerdo con la decisión, puede presentar una queja ante el Departamento de Seguros de Texas ingresando al sitio Web www.tdi.texas.gov o escribiendo a:

HMO Division, Texas Department of Insurance
 Mail Code 103-6A P. O. Box 149104
 Austin, TX 78714-9104

Incluya lo siguiente:

- Su nombre
- Domicilio actual
- Número de teléfono
- Una copia de la carta de La Red y
- Cualquier otro documento que usted envíe a La Red con su solicitud.

Elección de un médico tratante

Si ha sufrido una lesión en el trabajo y necesita atención médica, debe elegir un médico que cubra todas sus necesidades en el área de la medicina.

Usted tiene dos formas de elegir un médico tratante.

1. Elegir su médico de la HMO actual (médico que figura en una lista como su médico tratante según su plan de seguro médico)
 - a. siempre que este médico se hubiera elegido como su médico HMO antes de su accidente de trabajo
- Y
- b. su médico HMO esté de acuerdo con las condiciones de La Red y cumplirá con sus reglas.

Usted deberá comunicarse con el representante de La Red para tratar el tema de esta solicitud.

- O
2. Puede elegir un médico en su área de servicios de la lista de proveedores de la red bajo el título "Médicos tratantes". La lista de proveedores de La Red estará a su disposición y a disposición de su empleador y de su médico. Usted puede pedirle a su empleador o al representante de la red una copia de una lista completa o parcial de médicos u obtenerla a través de
 - a. un enlace de Internet O
 - b. llamando al 1-800-944-0443

Si usted utiliza Internet, ingrese simplemente www.libertymutualprs.com en el campo de direcciones del motor de búsqueda de su computadora. Para ingresar a libertymutualprs.com, sólo haga clic en la lengüeta Provider Search "Búsqueda de proveedores" e ingrese la dirección en la que desea que se realice la búsqueda.

Si usted se está tratando actualmente a causa de una lesión de trabajo que haya ocurrido antes del 1º de septiembre de 2005 o después de que su empleador haya decidido la cobertura de la red, necesitará seleccionar un médico que esté en la red. Deberá comunicarse con su Representante de la Red para analizar si necesita seleccionar un médico de la Red. Esto se debe hacer en un plazo de catorce (14) días a partir de que reciba este aviso. Si no selecciona un médico de la Red dentro de ese plazo, la Red le asignará uno.

Excepto los servicios de emergencia, usted debe obtener toda la atención médica y referencias a especialistas a través de su proveedor tratante.

La Red debe planificar oportunamente el tratamiento médico e inclusive las referencias a especialistas. Esto significa no más de veintiún (21) días después de recibir su solicitud. Esto no incluye el tratamiento de emergencia.

Cambio de médico tratante

Si quiere cambiar su médico tratante debe contactarse con el representante de la red. Ellos le ayudarán a obtener una lista de médicos de su área de servicios.

Si usted no está conforme con su segunda elección, debe comunicarse con el representante de la red para que se autorice el cambio de su médico. Si se rechaza su solicitud, debe apelar la decisión a través del proceso de queja de La Red. Consulte el título “Cómo presentar una queja” en este documento.

Llame al representante de la red si su médico tratante muere o se retira de la red. Si se muda fuera del área de servicios o deja de cumplir con los requisitos de distancia, debe elegir otro médico.

Referencias a especialistas

Los médicos tratantes pueden referirlo a especialistas dentro de la red. Si no se puede cumplir con las necesidades de su tratamiento dentro de la red, el representante de la red debe autorizar las referencias fuera de la red. Ellos deben contestar dentro de los siete (7) días de haber recibido su solicitud.

Solicitud para tener a un especialista como proveedor tratante

Si desea que un especialista sea su médico tratante, contáctese con el representante de la red para obtener más información.

Tratamiento de emergencia

La Red permitirá el tratamiento fuera de la red para:

- Tratamiento de emergencia recibido durante o después de las horas de trabajo. Esto es solamente hasta que el médico le permita regresar a su hogar o al trabajo.
- Viaje de negocios que lo ubique temporalmente fuera del área de servicios.

Debe notificar a su empleador dentro de las 48 horas de tratamiento. Cualquier tratamiento de seguimiento debe ser realizado por un médico de La Red.

Política de continuidad de atención (atención continua)

Si su médico deja voluntariamente La Red y solicita continuar su atención, La Red le reintegrará al proveedor en un máximo de noventa (90) días, al precio contratado, para:

- Tratamiento por una afección aguda si un cambio le ocasionara daño.
- Tratamiento por una enfermedad que pone en riesgo la vida del paciente si un cambio le ocasionara daño.

Esta política no requiere que La Red proporcione tratamiento continuado llevado a cabo por un proveedor cuyo contrato con La Red se ha extinguido o no se ha renovado debido a:

- Medidas disciplinarias médicas
- Incumplimiento al mantener o conservar una licencia O
- Cualquier otra razón que ponga en riesgo su salud o su seguridad si continúa su atención con ese proveedor.

Las controversias se resolverán a través del proceso de quejas de La Red. Consulte el título “Cómo presentar una queja” en este documento.

Autorización previa y requisitos de revisión simultánea

Para ciertos servicios, su médico debe obtener autorización previa. A continuación aparece una lista de estos servicios:

- Admisión al hospital de pacientes hospitalizados que incluyen el o los procedimientos principales programados y la duración de la estancia en el hospital;
- Servicios quirúrgicos para pacientes ambulatorios o servicios quirúrgicos ambulatorios;
- Cirugía de la columna vertebral;
- Todos los servicios quiroprácticos, incluidas visitas al consultorio y manipulaciones mayores a 8 visitas;
- Examen psicológico y psicoterapia, entrevistas reiteradas y bio-retroalimentación, excepto cuando algún servicio forme parte de un programa de rehabilitación exento o de autorización previa;
- Estimuladores del crecimiento del hueso externos e implantables;
- Nucleolisis química;
- Mielografías, discografías o electromiografías superficiales;
- Repetición del estudio de diagnóstico individual con una cuota establecida de más de \$350 en la Guía de Honorarios Médicos (Medical Fee Guideline) actual;
- Servicios de rehabilitación laboral y de acondicionamiento laboral provistos en un centro que no haya sido aprobado para exención por parte del Comisionado;
- Los programas de rehabilitación incluirán rehabilitación médica como paciente ambulatorio y manejo del dolor crónico/rehabilitación interdisciplinaria del dolor;
- Manejo del dolor crónico/rehabilitación interdisciplinaria del dolor;
- Equipamiento médico duradero (DME) que exceda los \$500 por artículo (ya sea compra o alquiler acumulativo esperado) y todas las unidades de estimuladores eléctricos transcutáneos de nervios (TENS);
- Servicios y tratamientos de atención médica en el hogar de adultos mayores, de convalecencia, residencial y en casa;
- Programas para tratar la dependencia de sustancias químicas o de pérdida de peso;
- Servicio experimental o de investigación o dispositivo para lo cual existe evidencia temprana, científica en desarrollo o clínica que demuestra la eficacia potencial del tratamiento, servicio o dispositivo pero que aún no está ampliamente aceptado como el estándar de atención predominante;
- Fisioterapia y terapia ocupacional que incluye los servicios mencionados en el Sistema de Codificación de los Procedimientos Comunes para el Cuidado de la Salud (Healthcare Common Procedure Coding System o HCPCS) en los siguientes niveles:
 - (A) Código nivel I para Medicina Física y Rehabilitación, pero limitado a:
 - (i) Modalidades, asistencia supervisada y constante;
 - (ii) Procedimientos terapéuticos, excepto rehabilitación laboral y acondicionamiento laboral;

- (iii) Manejo de aparatos ortopédicos/prótesis;
- (iv) Otros procedimientos, limitado a los no mencionados en el Código de procedimientos de medicina física y rehabilitación; y
- (B) Código(s) temporal(es) para Nivel II para servicios de terapia física y ocupacional llevados a cabo en el hogar;
- (C) Excepto las primeras seis visitas de terapia física u ocupacional después de la evaluación cuando dicho tratamiento se lleve a cabo durante las dos semanas inmediatas siguientes a la fecha de la lesión o intervención quirúrgica con autorización previa.
- Sistema intratecal de administración de fármacos;
- Reabastecimientos de un sistema intratecal de administración de fármacos con medicamentos excluidos del formulario cerrado, con el requisito de una autorización previa anual posteriormente.

Reabastecimientos de un sistema intratecal de administración de fármacos cuando:

- (A) los medicamentos, dosis o rango de dosis o el régimen de fármacos difiere de aquellos previamente autorizados por el doctor que prescribe; o
- (B) existe un cambio en el doctor que prescribe.
- Fármacos no incluidos en el formulario cerrado.
- Fármacos identificados con un estatus “N” en la edición actual vigente de Tratamiento conforme a la Compensación de los Trabajadores de ODG/Anexo A, Formulario de Medicamentos de Compensación de Trabajadores de ODG (ODG Treatment in Workers’ Comp (ODG)/Appendix A, ODG Workers’ Compensation Drug Formulary).
- Cualquier compuesto que contenga un fármaco identificado con un estatus “N” en la edición actual vigente de Tratamiento conforme a la Compensación de los Trabajadores de ODG/Anexo A, Formulario de Medicamentos de Compensación de Trabajadores de ODG (ODG Treatment in Workers’ Comp (ODG)/Appendix A, ODG Workers’ Compensation Drug Formulary).
- Tratamientos y servicios que excedan o que no se aborden en los lineamientos de tratamiento ODG (Official Disability Guidelines u ODG) y que no estén incluidos en un plan de tratamiento autorizado previamente.

Ciertos tratamientos serán revisados a medida que usted los reciba. A continuación aparece una lista de estos servicios:

- Estancia hospitalaria para pacientes hospitalizados
- Servicios de rehabilitación o acondicionamiento laboral
- Servicios de Terapia física u ocupacional
- Servicios experimentales o de investigación o uso de dispositivos
- Programas de manejo del dolor crónico/rehabilitación interdisciplinaria del dolor
- Programas de tratamiento obligatorio

El tratamiento de emergencia no necesita autorización previa.

Usted o su médico pueden solicitar autorización previa para un servicio que aparece en la lista. Su médico puede solicitar autorización para un plan de tratamiento que no está en la lista o que está fuera de los lineamientos de La Red.

La Red le enviará una decisión por escrito a usted o a su proveedor.

Proceso de apelación

Si usted recibe la negación de una necesidad médica, usted puede apelar esa decisión. Se debe realizar dentro de un plazo máximo de treinta (30) días luego de haber sido enviada la negación.

El representante de la red puede explicar el proceso y proveer una copia de los procedimientos de La Red.

Si se confirma la negación de la necesidad médica, después de su apelación, usted o su proveedor pueden solicitar una revisión a través de una organización independiente de revisión (IRO). Si la negación de la necesidad médica está relacionada con una condición que amenace su vida, usted puede buscar una apelación inmediata ante una IRO.

Proceso de quejas

Las quejas se tratarán a través del proceso de quejas de La Red. Consulte la sección, “Cómo presentar una queja”.

Pago de facturas médicas

Los proveedores de La Red le facturarán a La Red, y no a usted, por los servicios prestados dentro de la red.

Si usted recibió autorización para atención de emergencias o tratamiento fuera de la red por un accidente de trabajo, La Red pagará estas facturas.

Usted puede ser responsable de pagar cualquier otro servicio fuera de La Red.

Cómo presentar una queja

Si usted no está conforme con La Red o con sus proveedores, puede presentar una queja. Comuníquese con el gerente de reclamos de la red para presentar su queja. Ésto se puede realizar por teléfono o por correo.

Puede enviar su queja por correo a:

Liberty HCN
ATTN: Claims Manager 7900 Windrose Avenue
Plano, TX 75024

O puede presentar su queja enviando un correo electrónico a: TexasNetwork@libertymutual.com

Las quejas se deben realizar dentro de un plazo máximo de 90 días luego de haberse originado el problema.

Las quejas o apelaciones no tendrán consecuencias negativas para usted, para su empleador, ni para su proveedor.

Si aún no está conforme, puede presentar una queja al Departamento de Seguros de Texas. Los formularios de reclamos se pueden obtener del sitio Web del Departamento en www.tdi.texas.gov o de la División HMO, Departamento de Seguros de Texas, Código postal 103-6A, P.O. Box 149104, Austin, TX 78714-9104.

Información de contacto de la red

Si usted requiere más información sobre la red, inclusive información sobre los proveedores de la red, comuníquese con Liberty HCN en:

Red Liberty Health Care

ATTN: HCN Network

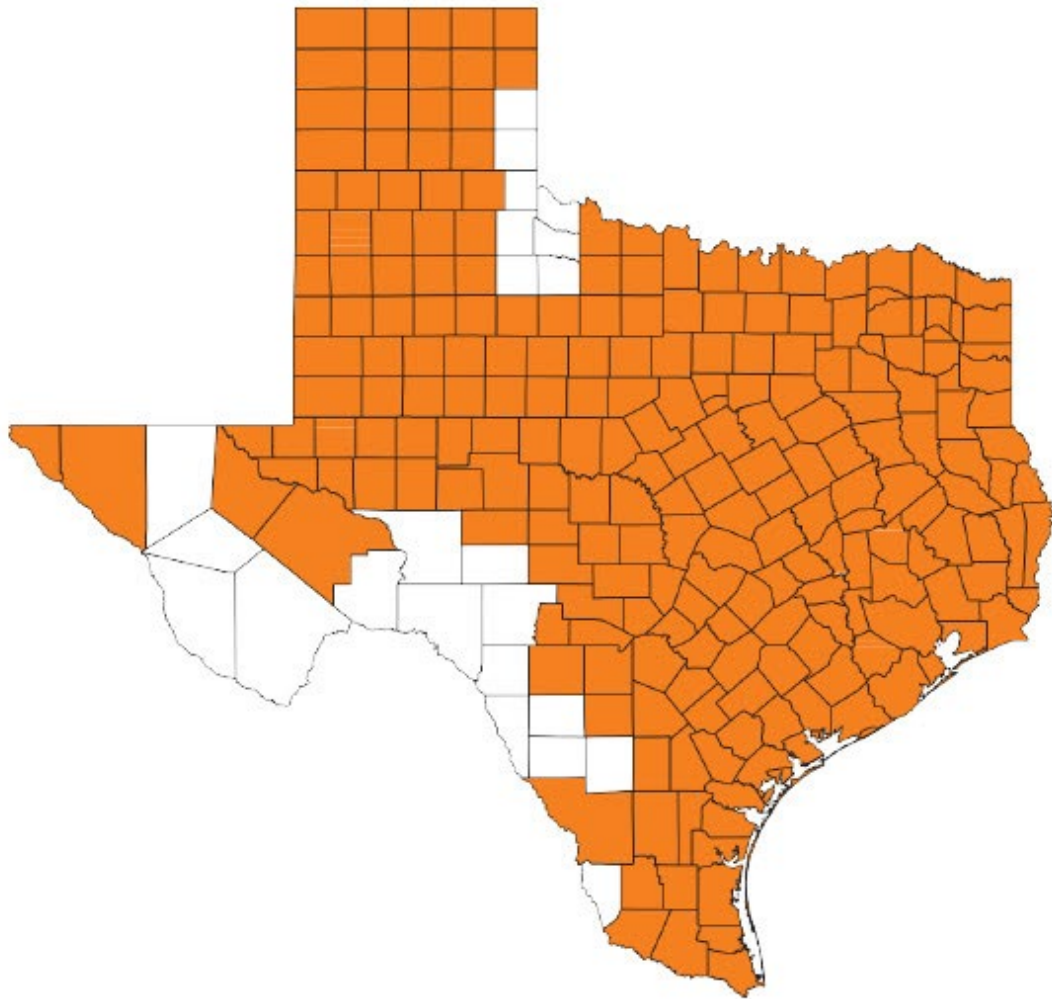
7900 Windrose Avenue

Plano, TX 75024

Línea de referencias a proveedores de Liberty, 1-800-944-0443 (número gratuito las 24 horas)

Solicitudes para autorización previa y revisión concurrente, 1-800-664-2273 (número gratuito las 24 horas)

Notificación Para El Empleado Sobre Los Requisitos De La Red



80 miles

800 Miles

Certified Counties

El área de servicios de red incluye los siguientes condados:

A:

Anderson, Andrews, Angelina, Aransas, Archer, Armstrong, Atascosa, Austin

B:

Bailey, Bandera, Bastrop, Baylor, Bee, Bell, Bexar, Blanco, Borden, Bosque, Bowie, Brazoria, Brazos, Briscoe, Brooks, Brown, Burleson, Burnet

C:

Caldwell, Calhoun, Callahan, Cameron, Camp, Carson, Cass, Castro, Chambers, Cherokee, Clay, Cochran, Coke, Coleman, Collin, Colorado, Comal, Comanche, Concho, Cooke, Coryell, Crane, Crosby

D:

Dallam, Dallas, Dawson, Deaf Smith, Delta, Denton, DeWitt, Dickens, Donley, Duval

E:

Eastland, Ector, Ellis, El Paso, Erath

F:

Falls, Fannin, Fayette, Fisher, Floyd, Franklin, Freestone, Frio, Fort Bend

G:

Gaines, Galveston, Garza, Gillespie, Glasscock, Goliad, Gonzales, Gray, Grayson, Gregg, Grimes, Guadalupe

H:

Hale, Hall, Hamilton, Hansford, Hardin, Harris, Harrison, Hartley, Haskell, Hays, Hemphill, Henderson, Hidalgo, Hill, Hockley, Hood, Hopkins, Houston, Howard, Hudspeth, Hunt, Hutchinson

I:

Irion

J:

Jack, Jackson, Jasper, Jefferson, Jim Hogg, Jim Wells, Johnson, Jones

K:

Karnes, Kaufman, Kendall, Kenedy, Kent, Kerr, Kimble, Kleberg

L:

Lamar, Lamb, Lampasas, Lavaca, Liberty, Lee, Leon, Limestone, Lipscomb, Live Oak, Llano, Loving, Lubbock, Lynn

M:

Madison, Marion, Martin, Mason, Matagorda, McCulloch, McLennan, McMullen, Medina, Menard, Midland, Milam, Mills, Mitchell, Montague, Montgomery, Moore, Morris, Motley

N:

Nacogdoches, Navarro, Newton, Nolan, Nueces

O:

Ochiltree, Oldham, Orange

P:

Palo Pinto, Panola, Parker, Parmer, Pecos, Polk, Potter

R:

Rains, Randall, Reagan, Real, Red River, Reeves, Refugio, Roberts, Robertson, Rockwall, Runnels, Rusk

S:

Sabine, San Augustine, San Jacinto, San Patricio, San Saba, Schleicher, Scurry, Shackelford, Shelby, Sherman, Smith, Somervell, Starr, Stephens, Sterling, Stonewall, Swisher

T:

Tarrant, Taylor, Terry, Throckmorton, Titus, Tom Green, Travis, Trinity, Tyler

U:

Upshur, Upton, Uvalde

V:

Van Zandt, Victoria

W:

Walker, Waller, Ward, Washington, Webb, Wharton, Wichita, Wilbarger, Willacy, Williamson, Winkler, Wilson, Wise, Wood

Y:

Yoakum, Young

Encuesta A Trabajadores Lesionados

La Red de Cuidados de la Salud de Liberty está interesada en que usted responda a la siguiente encuesta. Al proporcionar información sobre su experiencia con respecto a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, la Red de Cuidados de la Salud de Liberty puede trabajar para garantizar una red de proveedores médicos de calidad para todos los trabajadores lesionados. Dedique unos minutos a completar esta encuesta marcando con un círculo su respuesta, y envíela por correo a su administrador de casos de reclamaciones, o por correo a:

Liberty Health Care Network
Attention: HCN Manager
7900 Windrose Avenue, Plano TX 75024

ENCUESTA A TRABAJADORES LESIONADOS

1. ¿Recibió tratamiento médico por su lesión en el trabajo?
 - a. Sí
 - b. No

2. ¿Cómo seleccionó a su primer proveedor médico para casos que no sean de emergencia?
 - a. El administrador de casos del seguro me proporcionó una lista de proveedores para que yo escoja.
 - b. Mi empleador me proporcionó una lista de proveedores para que yo escoja.
 - c. Mi sindicato me indicó a qué proveedor consultar.

3. ¿Era este proveedor médico su médico de cabecera regular?
 - a. Sí
 - b. No

4. En algún momento durante el tratamiento por su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo, ¿cambió de médico tratante?
 - a. Sí
 - b. No

Si respondió "Sí" a la pregunta Nº 4, ¿por qué cambió a su médico tratante?

- a. El médico me autorizó a regresar al trabajo antes de que estuviera preparado.
- b. Me parecía que el médico no me estaba ayudando.
- c. Otro motivo - Explíquelo.

5. ¿Cuán satisfecho se sintió con respecto a la calidad de cuidados médicos que recibió del médico que consultó con más frecuencia por su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo?

- a. 1 – extremadamente insatisfecho
- b. 2 – un poco insatisfecho
- c. 3 – satisfecho
- d. 4 – muy satisfecho
- e. 5 – extremadamente satisfecho

6. ¿Cree que recibió los cuidados médicos apropiados necesarios para resolver su lesión/enfermedad?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta a la pregunta N° 6 es “No”, el problema para obtener todos los cuidados médicos necesarios fue alguno de los siguientes:

- a. Resultó difícil diagnosticar su lesión o enfermedad.
- b. No pudo conseguir una cita.
- c. Su compañía de seguro no autorizó los exámenes o procedimientos.
- d. Otro motivo - Explíquelo.

7. ¿Manejó su compañía de seguro todas sus facturas médicas a su entera satisfacción?

- a. Sí
- b. No

Si su respuesta a la pregunta N° 7 es “No”, el problema en el manejo de todas sus facturas médicas fue alguno de los siguientes:

- a. Su médico le informó que las facturas médicas no fueron pagadas correctamente.
- b. Usted no entendió cómo se pagaron las facturas médicas.
- c. Algunas de sus facturas médicas no fueron pagadas.
- d. Otro motivo - Explíquelo.

8. ¿Le negó su compañía de seguro su reclamación?

- a. Sí
- b. No

9. ¿Le asignaron una enfermera a sus reclamaciones?

- a. Sí
- b. No

Si respondió "Sí" a la pregunta Nº 9, ¿le ayudó la enfermera con las cuestiones médicas y/o le brindó asistencia para regresar al trabajo?

- a. Sí
- b. No

10. ¿Cuánto tiempo estuvo sin trabajar debido a su lesión o enfermedad relacionada con el trabajo?

- a. 1 día
- b. Menos de 7 días
- c. Menos de 1 mes
- d. Entre 1 mes y menos de 6 meses
- e. Entre 6 meses y menos de 1 año
- f. Un año o más

11. Con respecto al regreso al trabajo, su Médico Tratante actual...

- a. ¿le autorizó a regresar al trabajo sin ninguna restricción física?
- b. ¿le autorizó a regresar al trabajo con algunas restricciones físicas?
- c. ¿no le autorizó a regresar al trabajo en absoluto?

12. ¿Está trabajando en la actualidad?

- a. Sí
- b. No

Si respondió "Sí" a la pregunta Nº 11, ¿está haciendo el mismo tipo de tareas que hacía antes de su lesión o enfermedad?

- a. Sí
- b. No

Si respondió "No" a la pregunta Nº 11, usted no está trabajando porque...

- a. Se jubiló.
- b. Su empleador quebró.
- c. Fue despedido.
- d. Tiene otro trabajo.
- e. Renunció
- f. Todavía no ha sido autorizado a regresar al trabajo.
- g. Su empleador no pudo autorizarle a regresar debido a sus restricciones físicas.

Recibo de información sobre la Red de Compensación al Trabajador

He recibido información sobre cómo obtener atención de salud bajo el seguro de compensación al trabajador.

Si me lesionara en el empleo y vivo dentro del área de servicio descrita en este documento entiendo que:

1. Tengo que escoger al doctor que me va a tratar de la lista de doctores en la red. O, puedo preguntarle a mi médico principal del HMO si acepta tratarme.
2. Tengo que ir al doctor que me da el tratamiento para toda la atención que necesito para la lesión. Si necesito un especialista el doctor que me está atendiendo tendrá que dar una recomendación.

Si necesito atención de emergencia puedo obtenerla donde quiera.

3. La aseguradora pagará directamente al doctor y a los otros proveedores de la red que me den tratamiento.
4. Es posible que yo tenga que pagar las cuentas si voy a un doctor o proveedor que no está en la red y no tengo aprobación de la red.

Firma

Fecha

Nombre en letra de imprenta

Mi domicilio: _____

Dirección

Ciudad

Estado

Código postal

Nombre del empleador: _____

Nombre de la red: _____ Liberty Health Care Network _____