

Employee Acknowledgment of Workers' Compensation Network

I have received information that tells me how to get health care under my employer's workers' compensation insurance.

If I am hurt on the job and live in a service area described in this information, I understand that:

1. I must choose a treating doctor from the list of doctors in the network. Or, I may ask my HMO primary care physician to agree to serve as my treating doctor. If I select my HMO primary care physician as my treating doctor, I will call Texas Mutual at (800) 859-5995 to notify them of my choice.
2. I must go to my treating doctor for all health care for my injury. If I need a specialist, my treating doctor will refer me. If I need emergency care, I may go anywhere.
3. The insurance carrier will pay the treating doctor and other network providers.
4. I might have to pay the bill if I get health care from someone other than a network doctor without network approval.
5. Knowingly making a false workers' compensation claim may lead to a criminal investigation that could result in criminal penalties such as fines and imprisonment.

Signature _____

Date _____

Printed Name _____

I live at:

Street Address _____

City _____

State _____

Zip Code _____

Name of Employer: _____

Name of Network: *Texas Star Network®*

Network service areas are subject to change. Call (800) 381-8067 if you need a network treating provider.

Please indicate whether this is the:

- ☐ Initial Employee Notification
- ☐ Injury Notification (Date of Injury: ____/____/____)

DO NOT RETURN THIS FORM TO TEXAS MUTUAL INSURANCE COMPANY UNLESS REQUESTED

Confirmación del Empleado de la Red de Compensación para Trabajadores

He recibido la información que me informa cómo obtener atención médica bajo el seguro de compensación para trabajadores de mi empleador.

Si sufro una lesión en el trabajo y vivo en un área de servicios descrita en esta información, comprendo que:

1. Debo elegir un médico de tratamiento de la lista de médicos de la red. O podría solicitarle a mi médico de cabecera de la OMS que acepte atenderme como médico de tratamiento. Si elijo a mi médico de cabecera como a mi médico del tratamiento, llamaré a Texas Mutual al (800) 859-5995 para notificarles mi opción.
2. Debo dirigirme a mi médico de tratamiento para todos los servicios de atención médica relacionados con mi lesión. Si necesito un especialista, mi médico de tratamiento me dará la derivación. Si necesito atención de emergencia podré dirigirme a cualquier lugar.
3. La compañía de seguros abonará los costos del médico de tratamiento y de los otros proveedores de la red.
4. Podría tener que abonar la factura si recibo asistencia médica en cualquier otro lugar que no sea un médico de la red, si no cuento con la aprobación de la red.
5. A sabiendas hacer un reclamo falso de compensación puede dar lugar a una investigación penal que podría resultar en sanciones penales, como multas y encarcelamiento.

Firma _____

Fecha _____

Aclaración _____

Vivo en:

Dirección _____

Ciudad _____

Estado _____

Código Postal _____

Nombre del Empleador: _____

Nombre de la Red: *Texas Star Network®*

Las áreas de servicio de la red se encuentran sujetas a cambios. Llame al (800) 381-8067 si necesita un proveedor de tratamientos médicos de la red.

Por favor, indique si la presente es la:

☐ Notificación Inicial

☐ Notificación de una Lesión (Fecha de la lesión: ____/____/____)

NO ENTREGUE ESTE FORMULARIO A TEXAS MUTUAL INSURANCE COMPANY EXCEPTO QUE SE LO SOLICITEN.