

Employee Acknowledgement Form

Effective: _____

Check One: Initial Employee Notice
 Injury Notice -- Date of Injury _____

I have the information that tells me how to get health care under workers compensation insurance. If I am hurt on the job and I live in the service area described in this information, I know that:

- I must choose a treating doctor from the list of doctors who contracted with CorCare® or I may ask my HMO primary care physician to agree to serve as my treating doctor.
- If I want my HMO primary care physician to be my treating doctor, my HMO doctor must agree to serve as my treating doctor.
My doctor is _____ Phone _____
- I realize that, except for emergencies, I must get all health care, including referrals to specialists, from my CorCare treating doctor for my compensable work injury. If I need emergency care, I may go anywhere.
- The insurance carrier will pay the treating doctor and other network providers and will not bill me for a compensable injury.
- Except for emergencies, if I get health care that is not approved by CorCare®, from a doctor who is not with CorCare®, the insurance carrier may not pay for that care. I may have to pay for that care.

Employee's Signature Date

Employee's Printed Name

Employee's Address (Where I live)

City State Zip

Employers Name

CorVel Corporation/CorCare®

Network's Name

Return form to employer, carrier or third party administrator.

Recibo de información sobre la Red de Compensación al Trabajador

Efectivo/Effective: _____

Marque Uno/Check One:

Nota iniciales del Empleado/Initial Employee Notice

Nota de herida/ Injury Notice --la Fecha de la Herida/Date of Injury_____

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:

- 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.
- Si yo quiero que mi doctor del HMO sea mi medico principal, mi doctor del HMO tiene que estar de acuerdo. El nombre de mi doctor de HMO es _____ y el número del Teléfono es _____.
- Me doy cuenta de que, excepto en casos de emergencia, debo obtener toda la atención de la salud incluyendo referencias a especialistas, de mi médico CorCare® tratamiento para mi lesión de trabajo indemnizable. Si necesita atención de emergencias puedo ir a ninguna parte.
- La aseguradora pagará directamente al doctor y a los otros proveedores de la red que me dan tratamiento. Yo no recibiré cobros por tratamientos relacionados a mi lesión.
- Si recibo tratamientos que no son de emergencia, 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

CorVel Corporation/CorCare®

Nombre de la red

Vuelva forma al empleador, administrador de portador o terceros.