

# 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®**. (Una lista de los médicos puede encontrarse en [www.injurymanagement.com](http://www.injurymanagement.com).) 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 # IMO 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 la referencia. Si necesito una atención de emergencia, puedo ir a cualquier lugar.
3. La compañía de seguro, 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.*

Por favor llene la siguiente información antes de firmar y enviar este formulario completado de reconocimiento:

**Nombre de la compañía:** The University of Texas System

**# de ID de Empleado:** \_\_\_\_\_ **Nombre de la red:** IMO Med-Select Network®

**Fecha de empleo:** \_\_\_\_\_ **Departamento:** \_\_\_\_\_

**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

**Para obtener más información, póngase en contacto con la Oficina de Administración de Riesgos:  
Seguro de Compensación para Trabajadores – 512.499.4663**