

## Workers' Compensation Network Acknowledgment

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

If I am hurt on the job and live in the 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.
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.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Printed Name

I live at:

\_\_\_\_\_  
Street Address

\_\_\_\_\_  
City

\_\_\_\_\_  
State

\_\_\_\_\_  
Zip Code

\_\_\_\_\_  
Name of Employer

Coventry Workers' Comp Network

Name of Network

## 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

Coventry Workers' Comp Network

Nombre de la red