

Mạng Lưới Bồi Thường Tai Nạn Lao Động
Bản Xác Nhận

Tôi đã nhận được thông tin trình bày về cách thức có được dịch vụ chăm sóc sức khỏe theo chương trình bảo hiểm bồi thường tai nạn lao động.

Nếu tôi bị thương tích trong công việc và cư ngụ trong khu vực phục vụ được trình bày trong tài liệu này, tôi hiểu rằng:

1. Tôi phải chọn một bác sĩ điều trị từ danh sách các bác sĩ trong mạng lưới. Hoặc, tôi có thể yêu cầu bác sĩ chăm sóc chính của tôi trong chương trình HMO làm bác sĩ điều trị cho tôi.
2. Tôi phải tới bác sĩ điều trị của tôi để nhận toàn bộ các dịch vụ chăm sóc chữa trị cho thương tích của tôi. Nếu tôi cần bác sĩ chuyên khoa, bác sĩ điều trị của tôi sẽ giới thiệu cho tôi. Nếu tôi cần chăm sóc khẩn cấp, tôi có thể tới bất kỳ nơi nào.
3. Hãng bảo hiểm sẽ trả thù lao cho bác sĩ điều trị và các nhà cung cấp dịch vụ khác trong mạng lưới.
4. Tôi có thể phải trả chi phí nếu nhận dịch vụ chăm sóc sức khỏe từ một người khác không phải là bác sĩ tham gia mạng lưới khi không có sự chấp thuận của mạng lưới.

(Chữ Ký)

(Ngày)

(Tên Viết Bằng Chữ In)

Tôi cư ngụ tại _____

(Địa Chỉ Đường Phố)

(Thành Phố)

(Tiểu Bang)

(Số Zip Code)

Tên của Hãng Sở _____

Tên của Mạng Lưới _____