



## Reconocimiento del Panel y Selección del Médico

---

Al firmar este formulario, yo acepto el panel de proveedores médicos publicado por mi empleador. Yo entiendo que debo elegir a un proveedor de la lista del panel para que me brinde tratamiento para una lesión o enfermedad laboral durante los primeros 90 días de tratamiento. Yo también entiendo que si recibo tratamiento de un proveedor que no esté en el panel, es posible que mi empleador no tenga que pagar por dicho tratamiento.

Yo también entiendo que yo tengo derecho a cambiarme a otro proveedor listado en el panel si yo no estoy satisfecho con el primer médico que elija.

Yo elijo al siguiente proveedor médico para que me brinde tratamiento y servicios para mi lesión o enfermedad laboral:

Nombre del Proveedor/Medico \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_  
Nombre de la Clínica \_\_\_\_\_  
Dirección \_\_\_\_\_  
Numero de teléfono \_\_\_\_\_

Yo he leído este documento. Yo entiendo completamente todo su contenido. Yo he hecho preguntas sobre cualquier tema que no me hubiese quedado claro. Yo estoy satisfecho con las respuestas que he recibido. Yo entiendo que tengo derecho a solicitar una copia de esto.

Firma \_\_\_\_\_  
Nombre \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Envíenos el formulario completo por fax al 844-761-8402 o envíenoslo por correo electrónico a [claims@omahanational.com](mailto:claims@omahanational.com).