

Introductory Letter to Physician *AmeriSys/Rockport*

Fecha: _____

Nombre del Patrón: _____

Número de Teléfono del Patrón: _____

Estimado Dr. _____:

_____ está programado(a) para una visita inicial como empleado(a) de _____, quién es un participante del **FHM Insurance Company/Rockport Network**. Esta carta no confirma que la lesión o condición está cubierta por el seguro de Compensación a los Trabajadores. Esta determinación se hará una vez que el administrador de reclamos, United Self Insured Services, complete su investigación.

DRUG TESTING IS REQUIRED:

- Urinalysis
 Breathalyzer (blood test if necessary)

Estamos trabajando muy de cerca con **Rockport** y los proveedores médicos suscritos para asegurar que nuestros empleados tengan acceso a tratamiento médico necesario y a tiempo debido a lesiones industriales. Para servirle mejor a nuestros empleados, tendremos trabajo modificado disponible, el cual permitiría al(a) empleado(a) regresar al trabajo lo antes posible. Por favor, tenga esto en mente al tratar a este empleado.

**POR FAVOR, LLAME A "UTILIZATION MANAGEMENT"
 AL 407-351-1212 - 888-346-3461 Extn 323
 CUANDO OCURRA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES:**

1. Nueva Lesión con Incapacidad >7 Días & Sin Ordenes de Regresar a Trabajar
2. Hospitalización
3. Cirujía Anticipada
4. Terapia Física o Tratamiento Quiropráctico Recomendado
5. Asignado(a) al Proveedor
6. Asistencia Requerida para que el Empleado Regrese a Trabajar
7. Repetición de Estudios Diagnósticos de Importancia

Toda reclamación por tratamiento debe ser sometida a la dirección indicada abajo en un formulario HCFA 1500, UB 92, o el formulario requerido por la ley pertinente del Estado. Por favor, someta todos los informes médicos dentro del período de tiempo establecido por la ley del estado aplicable:

**FHM Insurance Company
 P.O. Box 616648, Orlando, Florida 32861-6648
 407-351-1212/888-346-3461, Ext. 350**

Si usted tiene preguntas relacionadas con su participación en la Rockport Network, por favor, consulte el Manual de Proveedores de la Red de Compensación a los Trabajadores de Rockport o llame a su Representante de Cuidado Administrado de Rockport al Rockport Healthcare Group, 50 Briar Hollow Lane, Suite 515 West, Houston, TX 77027, 713-621-9424.

Sinceramente,

Nombre en Letra de Molde