

La Universidad de Texas en San Antonio Oficina de Compensación de Trabajadores



Notificación del proveedor de una lesión en el trabajo

Este formulario actuará como su notificación para la cobertura del seguro de compensación para trabajadores. Este formulario debe ser presentado ael consultorio del médico, la sala de emergencias del hospital, la farmacia u otro proveedor autorizado que lo esté tratando por su trabajoLesiones relacionadas. Si tiene alguna pregunta sobre su cobertura de compensación para trabajadores, comuníquese con los trabajadores de UTSAOficina de Compensación al 210-458-8178

Nombre de empleado:	
Fecha de nacimiento:	
Fecha de herida:	
SSN:	Departamento:
<p>Proveedor: POR FAVOR COPIE ESTE FORMULARIO Y DEVUELVA AL EMPLEADO</p> <p>Este empleado ha reclamado una lesión relacionada con el trabajo y puede estar cubierto por Seguro de compensación para trabajadores a través del sistema de la Universidad de Texas.</p> <p>La Universidad de Texas en San Antonio es un empleador autofinanciado. Reclamacioneson procesados a través del Sistema de la Universidad de Texas en Austin.</p> <p>Autorización previa: Para obtener una autorización previa, llame al 214.217.5939 o al número gratuito 888.466.6381o por fax al 214.217.5937 o al 877.946.6638.</p> <p>ESTE FORMULARIO NO CERTIFICA LA COMPENSABILIDAD O GARANTIZA EL PAGO</p>	<p>El sistema de la Universidad de Texas Oficina de Gestión de Riesgos Oficina de seguros de compensación para trabajadores PO Box 802082 Dallas, Texas 75380 1-888-802-0692 FAX (972) 386-7918</p>
<p>Farmacia: El Sistema de la Universidad de Texas se ha asociado con RXBridge para realizar el llenadoPrescripciones fáciles.</p> <p>Utilice este formulario como una tarjeta de receta temporal. Por favor proceserecetas para la lesión de compensación del trabajador solamente. Esta forma es solamenteválida si está firmado y fechado por el representante del empleador de UTSA.</p> <p>Para preguntas o rechazos, llame al (833) 792-7434. Por favor no lo hagasenviar a los empleados a casa o hacer que los empleados paguen los medicamentos antesllamando a RXBridge para asistencia.</p>	<p>RXBridge Group #: G7STD7 Procesador: RXBridge Bin#: 984000</p>
	<p>Pcn#: RXB Mesa de ayuda RXBridge: (833) 792-7434</p>
	<p>ID:</p>
	<p>Junto al SAN01 ingrese los últimos 3 dígitos de su Número de Seguro Social y luego el mes de dos dígitos y el día de dos dígitos de su lesión. (ID Ejemplo de: SAN011231219)</p>
	<p>El suministro diario está limitado a 7 días por una nueva lesión</p>
<p>Empleado lesionado:</p> <p>POR FAVOR GUARDE UNA COPIA DE ESTE FORMULARIO COMPLETADO PARA SUS REGISTROS</p> <p>No dude en comunicarse con la oficina del Seguro de Compensación de Trabajadores de UTSA al (210) 458-8178 para ayudarlo a ubicar una Compensación de TrabajadoresProveedor médico tratante.Comuníquese con el Ajustador de reclamos del sistema UT / CCMSI al (888) 802-0692 lo antes posible, después de su lesión.Se le enviará una tarjeta de receta de RXBridge permanente específica para su lesión directamente dentro de los próximos 3 a 5 días hábiles.Lleve este formulario y sus recetas a una farmacia cercana. RXBridge tiene una red de farmacias en todo el país. Si necesitas ayudapara ubicar una farmacia de la red cerca de usted, llame gratis a RXBridge al (833) 792-7434 o a la herramienta de búsqueda "Encontrar una farmacia" en www.RxBridge.com</p> <p>Si le niegan medicamentos en la farmacia, llame al (833) 792-7434.</p> <p>EL SERVICIO MODIFICADO PUEDE ESTAR DISPONIBLE, CONTACTE CON LA OFICINA DE UTSA WCI AL 210-458-8178</p>	

Representante del empleador

Teléfono

Fecha