

**Compensación al Trabajador Autorización del Proveedor
Médico e Instrucciones de Facturación**

Nombre del Paciente:	
Empleador:	
Parte del cuerpo lesionado:	
Fecha de lesión:	

Estimado Proveedor Médico,

Esta carta verificará y autorizará el tratamiento inicial para las lesiones relacionadas con el trabajo del empleado mencionado anteriormente. Tenga en cuenta que nuestro administrador de Compensación para Trabajadores es **Prescient National Insurance Services, LLC**.

1. Ponga sus iniciales y firma en la Lista de tareas de trabajo de transición adjuntas y devuélvala a Prescient National Insurance Services; por favor, también devuelva una copia al trabajador lesionado para entregarla a su Supervisor. Esto nos ayudará a encontrar trabajo de servicio modificado dentro de las limitaciones y capacidades que ha descrito.
2. Por favor, confirme con el Supervisor del trabajador lesionado para determinar si se requiere o no una prueba de drogas posterior al accidente. En caso afirmativo, Prescient National Insurance Services recomienda que se realice al menos un análisis de drogas de 10 paneles para incluir las siguientes sustancias:

<ul style="list-style-type: none"> • Cocaína • Marijuana • Opiáceos (codeína, morfina, hidrocodona, hidromorfona) • PCP • Anfetaminas (anfetaminas prescritas y callejeras) 	<ul style="list-style-type: none"> • Benzodiazepinas • Metadona • Oxicodonas (Oxycontin, Percocet) • Barbitúricos • Buprenorfina
--	---
3. Presente todos los cargos en CMS 1500 (formulario rojo), formulario UB04 o, en consecuencia, en el formulario aprobado por la comisión industrial de cada estado. **Incluya el número de reclamo, las notas médicas y el formulario W-9**. Las facturas se pueden enviar utilizando cualquiera de las siguientes opciones:

Carga segura de archivos: www.prescientnational.com/file-upload

Correo electrónico cifrado o seguro: vendoremails@prescientnational.com

Fax: (704) 927-2867

Correo: Prescient National Insurance Services, PO Box 32788, Charlotte, NC 28232

**Por favor no envíe ninguna factura al empleador o trabajador lesionado*
4. Todos los reclamos de Prescient National están asociados con:
 - Optum
 - Gerente de Beneficios de Farmacia
5. Debido al hecho de que a nuestros empleados lesionados se les emiten tarjetas de Prescripción de nuestro Administrador de Beneficios de Farmacia, **TODOS LOS MEDICAMENTOS DISPENSADOS POR EL MÉDICO NO ESTÁN AUTORIZADOS/HONRADOS** por Prescient National Insurance Services.

Si tiene alguna pregunta, llame a Prescient National Insurance Services al (704) 927-2860 o al 1-866-710-0908.

Gracias,

X

Representante del Empleador

Lista de Tareas Transitorias: Industria General

Evaluando el Médico: Indique las tareas que considera que están dentro de las capacidades físicas actuales del empleado que está tratando. Todas las tareas se han clasificado como sedentarias o de envío/transitorias y se pueden usar para adaptarse a la mayoría de los tipos de lesiones. Las capacidades físicas de cada tarea están disponibles por fax.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Administrar llamadas entrantes | <input type="checkbox"/> Administrar inventario |
| <input type="checkbox"/> Hacer carteles | <input type="checkbox"/> Organizar y archivar |
| <input type="checkbox"/> Triture los materiales designados | <input type="checkbox"/> Vigilancia de aparcamiento |
| <input type="checkbox"/> Sobres de cosas | <input type="checkbox"/> Recoger la basura en la propiedad |
| <input type="checkbox"/> Hacer copias | <input type="checkbox"/> Limpieza |
| <input type="checkbox"/> Distribuir correo | <input type="checkbox"/> Agua y cuidado de las plantas |
| <input type="checkbox"/> Pintar | <input type="checkbox"/> Conducir/asistir con inspecciones de seguridad |
| <input type="checkbox"/> Trabajo de oficina del rutina | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Entrada de datos | _____ |
| <input type="checkbox"/> Saludar a los invitados y dirigirlos al departamento correspondiente | _____ |
| <input type="checkbox"/> Actualización de tableros de anuncios, boletines de noticias | _____ |

Comentarios: _____

Nombre de Empleado: _____

Firma: _____
Medico Evaluador

Fecha: _____