

Texas Star Network[®]

ประกาศถึงพนักงาน ว่าด้วยข้อกำหนดเครือข่าย

ติดต่อกับเราได้ที่นี่ :

ติดต่อตัวแทน โทร. (800) 381-8067

ติดต่อ บริษัท Texas Mutual Insurance ได้ที่นี่

www.texasmutual.com หรือ โทร.(800) 859-5995

Texas Star Network®

ข้อมูล คำแนะนำ สิทธิประโยชน์ และข้อปฏิบัติ

เรียน พนักงานทุกท่าน

ผู้ว่าจ้างของคุณได้เลือกให้ Texas Star Network® เป็นผู้ดูแลรักษาพยาบาลคุณในกรณีที่ได้รับบาดเจ็บในระหว่างการทำงาน Texas Star Network® เป็นเครือข่ายผู้ให้บริการด้านประกันสุขภาพที่ได้รับการรับรองแล้ว โดยได้รับอนุญาตจากรัฐเท็กซัสในการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาลเมื่อพนักงานได้รับบาดเจ็บขณะปฏิบัติงาน เครือข่ายนี้ได้รับการฝึกอบรมในเรื่องของการดูแลพนักงานที่ได้รับบาดเจ็บให้สามารถกลับมาทำงานได้อย่างปลอดภัย พื้นที่ให้บริการต่างๆ ของ Texas Star Network® อยู่ในแผนที่แนบมานี้

หากคุณได้รับบาดเจ็บในที่ทำงาน โปรดแจ้งหัวหน้างานหรือผู้ว่าจ้างของคุณทันที ข้อมูลที่แนบมานี้จะช่วยให้คุณทราบว่า คุณจะต้องเข้ารับการรักษาที่ใด และต้องปฏิบัติอย่างไรเมื่อได้รับบาดเจ็บ และผู้ว่าจ้างของคุณก็จะช่วยตอบคำถามต่างๆ เกี่ยวกับการรับการรักษาผ่าน Texas Star Network® นอกจากนี้ คุณยังสามารถติดต่อกับบริษัท Texas Mutual Insurance หากคุณมีข้อสงสัยเกี่ยวกับสุขภาพหรือการรักษาพยาบาลกรณีบาดเจ็บในที่ทำงาน Texas Mutual และผู้ว่าจ้างของคุณจะจัดคณะเจ้าหน้าที่คอยดูแลสุขภาพของคุณ รวมถึงพนักงานที่ได้รับบาดเจ็บระหว่างทำงาน ทั้งนี้ ก็เพื่อดูแลให้คุณหายเป็นปกติและสามารถกลับไปทำงานได้อย่างปลอดภัย

สิทธิประโยชน์ และข้อปฏิบัติ...

การเลือกแพทย์ประจำตัว

ถ้าคุณได้รับบาดเจ็บในที่ทำงาน และคุณอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการของเรา คุณจะต้องเลือกแพทย์ประจำตัวจากรายชื่อที่ตัวแทนของ Texas Star Network® จัดเตรียมไว้ให้ ซึ่งเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อที่คุณจะได้รับเงินที่เพียงพอในการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลในกรณีบาดเจ็บ คุณสามารถเรียกรายชื่อแพทย์ที่ตัวแทนจัดไว้ให้ได้ที่ www.texasmutual.com ซึ่งจะมีการปรับปรุงทุกๆ 3 เดือนเป็นอย่างน้อย ทั้งนี้ เพื่อแจ้งให้ตัวแทนทราบว่า ใครจะเป็นผู้ดูแลผู้ป่วยรายใหม่

คุณสามารถเลือกแพทย์ประจำตัวจาก “สำนักงานหลักประกันสุขภาพ (health maintenance organization [HMO])” ของคุณให้รักษาพยาบาลแทนแพทย์ที่ทางตัวแทนจัดหาให้ก็ได้ แต่แพทย์จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่จะได้รับการอนุมัติให้เป็นผู้รักษาคุณจะต้องยอมรับเงื่อนไขในสัญญาของเรา เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมายและข้อบังคับ และหากแพทย์ประจำตัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพที่คุณเลือกไว้ไม่ได้รับการอนุมัติ คุณจะต้องเลือกแพทย์ประจำตัวจากรายชื่อที่ตัวแทนจัดไว้ให้

หากคุณได้รับบาดเจ็บก่อนที่สัญญาระหว่างคุณกับทางตัวแทนจะแล้วเสร็จ และคุณอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการ คุณจะต้องเลือกแพทย์ประจำตัวที่ตัวแทนจัดไว้ให้ คุณสามารถเลือกแพทย์ประจำตัวจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพก่อนที่จะได้รับบาดเจ็บ แต่ต้องเลือกหลังจากที่ได้รับประกาศนี้แล้ว

ถ้าแพทย์ประจำตัวของคุณลาออกไปจากบริษัทของเราแล้ว เราจะแจ้งให้คุณทราบเป็นลายลักษณ์อักษร คุณ จะ ได้รับ สิทธิ ในการ เลือก แพทย์ ประจำ ตัว ราย ใหม่ จาก ราย ชื่อ ที่ ตัว แทน จัด ไว้ ให้ ถ้าแพทย์ประจำตัวของคุณลาออกไปแต่คุณยังอยู่ในอาการที่อาจเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิตหรือมีอาการสาหัส ซึ่งหากขาดการรักษาอย่างต่อเนื่องแล้วจะเป็นอันตรายต่อคุณ แพทย์ประจำตัวคุณก็จะได้รับการร้องขอให้รักษาต่อไปอีก 90 วัน

ถ้าคุณอยู่นอกเขตการให้บริการ คุณสามารถทำเรื่องขอให้มีการทบทวนพื้นที่ให้บริการของคุณโดยโทรไปที่ บริษัท Texas Mutual Insurance เราจะดำเนินการพิจารณาเรื่องของคุณภายใน 7 วันหลังจากที่คุณทำเรื่องไปแล้ว ถ้าคุณไม่เห็นด้วยกับการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของเรา คุณมีสิทธิยื่นเรื่องร้องเรียนได้ที่ “สำนักงานประกันสุขภาพรัฐเท็กซัส (Texas Department of Insurance)” ในคำร้องเรียนของคุณจะต้องมีชื่อ ที่อยู่ หมายเลขโทรศัพท์ สำเนาเอกสารที่แสดงถึงการตัดสินใจขั้นสุดท้ายของตัวแทนหรือเอกสารต่างๆ ที่คุณส่งเรื่องไปให้บริษัท Texas Mutual Insurance คุณสามารถดาวน์โหลดแบบฟอร์มได้ที่ www.tdi.state.tx.us หรือสามารถขอรับแบบฟอร์มโดยเขียนจดหมายไปที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพ P. O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104

ระหว่างรอการตัดสินใจจาก บริษัท Texas Mutual Insurance หรือรอสำนักงานประกันสุขภาพเท็กซัสพิจารณาคำร้องของคุณ คุณสามารถเลือกรับบริการดูแลสุขภาพจากพื้นที่นอกเขตบริการของเราได้

การเปลี่ยนแพทย์ประจำตัว

ถ้าคุณไม่พึงพอใจในแพทย์ประจำตัวที่เลือกในครั้งแรก

คุณสามารถเลือกแพทย์ประจำตัวจากรายชื่อแพทย์ในพื้นที่ที่คุณพักอาศัยซึ่งตัวแทนจัดไว้ให้ใหม่ได้ *Texas Star Network*® จะไม่ปฏิเสธการเลือกแพทย์ประจำตัวใหม่ แต่ก่อนที่คุณจะเปลี่ยนแพทย์ประจำตัวเป็นครั้งที่สอง คุณจะต้องได้รับอนุญาตจาก *Texas Star Network*®

การส่งต่อผู้ป่วย

คุณไม่จำเป็นต้องถูกส่งต่อไปรักษาที่อื่นถ้าคุณเจ็บป่วยในกรณีฉุกเฉิน

บริการดูแลสุขภาพทั้งหมดที่คุณร้องขอจะถูกจัดให้โดยเครือข่ายภายในเวลาที่เหมาะสม ตามเงื่อนไขในการรักษาอาการป่วยของคุณ สิ่งนี้รวมถึงการส่งต่อผู้ป่วยด้วย บริการดูแลสุขภาพทั้งหมด รวมทั้งการส่งต่อผู้ป่วย จะถูกจัดหาให้คุณภายใน 21 วันหลังจากที่คุณส่งคำขอ

ค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลสุขภาพ

แพทย์ประจำตัวที่ทางตัวแทนจัดให้จะเป็นผู้ดูแลเรื่องค่าใช้จ่ายเพื่อดูแลสุขภาพของคุณ โดยเรียกเก็บจาก บริษัท Texas Mutual Insurance ไม่ได้เรียกเก็บจากคุณ แต่ถ้าคุณเลือกรับบริการรักษาพยาบาลกับแพทย์ที่ไม่ได้ขึ้นอยู่กับ *Texas Star Network*® คุณ จะ ตั อ ง อ อ ก ค ่า ไ ช้ จ ่า ย เ อ ง อ ย ่า ง ไ ร ก็ ต ำ ม มีข้อยกเว้นในการรับบริการรักษาพยาบาลจากแพทย์ที่ไม่ได้ขึ้นกับตัวแทน และยังมีสิทธิใช้วงเงินรักษาพยาบาล ดังต่อไปนี้

- จำเป็นต้องเข้ารับการรักษาด่วน คุณควรไปโรงพยาบาลหรือสถานพยาบาลฉุกเฉินที่ใกล้ที่สุด
- คุณไม่ได้อาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการของ *Texas Star Network*®

- แพทย์ประจำตัวของคุณส่งคุณไปรักษาตัวกับแพทย์หรือสถานพยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นกับบริษัทตัวแทน และการส่งตัวจะต้องได้รับการอนุมัติจาก *Texas Star Network*[®]
- คุณได้เลือกแพทย์รักษาพยาบาลเบื้องต้นจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ซึ่งแพทย์ประจำตัวคุณจะต้องยอมรับข้อกำหนดในสัญญาของบริษัทตัวแทน เพื่อให้เป็นไปตามกฎหมาย

การร้องเรียน

คุณมีสิทธิยื่นเรื่องร้องเรียนบริษัท *Texas Star Network*[®] ถ้าหากไม่พึงพอใจในบริการจัดการดูแลของเรา ซึ่งรวมไปถึงการร้องเรียนแพทย์ประจำตัวที่ตัวแทนจัดให้ได้ด้วย หรืออาจจะเป็นการร้องเรียนในเรื่องต่างๆ ไปเกี่ยวกับ *Texas Star Network*[®]

สามารถส่งเรื่องร้องเรียนไปได้ที่ “เจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์ (Grievance Coordinator)” *Texas Star Network*[®] โดยโทรศัพท์ หรือส่งอีเมลล์ หรือส่งแฟกซ์ ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้ :

***Texas Star Network*[®]**
Attention: Grievance Coordinator
3200 Highland Avenue
Downers Grove, IL 60515

โทรศัพท์: (800) 262-6122
แฟกซ์: (800) 737-2077
อีเมลล์: grievance_coordinator@cvty.com

โดยจะต้องยื่นคำร้องถึงเจ้าหน้าที่รับเรื่องร้องทุกข์ภายใน 90 วันหลังจากที่เกิดเหตุ

ตามกฎหมายของรัฐเท็กซัส ไม่อนุญาตให้ *Texas Star Network*[®] ตอบโต้กรณีที่คุณยื่นเรื่องร้องเรียนเรา *Texas Star Network*[®] จะไม่ตอบโต้ในกรณีที่คุณยื่นฟ้องบริษัท กฎหมายไม่อนุญาตให้ *Texas Star Network*[®] ตอบโต้กรณีแพทย์ประจำตัวยื่นเรื่องร้องเรียนหรือฟ้องบริษัทในนามของคุณ คุณมีสิทธิยื่นเรื่องร้องเรียน Texas Department of Insurance ได้ โดยดาวโหลดแบบฟอร์มร้องเรียน Texas Department of Insurance ได้ที่ www.tdi.state.tx.us หรืออาจขอแบบฟอร์มโดยเขียนจดหมายไปได้ที่ :

HMO Division, Mail Code 103-6A,
Texas Department of Insurance,
P. O. Box 149104, Austin, Texas 78714-9104.

ควรทำอย่างไรถ้าคุณได้รับบาดเจ็บระหว่างทำงาน...

ถ้าคุณได้รับบาดเจ็บระหว่างทำงาน

ให้แจ้งผู้ว่าจ้างของคุณทันที

คุณอาจจะขอตุลาการฟ้องแพทย์ที่เราจัดไว้ให้ในพื้นที่บริการที่คุณอาศัยอยู่ได้ที่ผู้ว่าจ้าง และสามารถตุลาการฟ้องแพทย์ทั้งหมดทางอินเทอร์เน็ตอินเทอร์เน็ตได้ที่ www.texasmutual.com หรือคุณอาจจะติดต่อกับเราโดยตรงได้ตามที่อยู่ด้านล่างนี้ และ/หรือตามหมายเลขโทรศัพท์ดังต่อไปนี้:

Texas Star Network®
720 Cool Springs Boulevard
Suite 300
Franklin, TN 37067
(800) 381-8067

เราจะช่วยนัดหมายแพทย์ที่ขึ้นกับบริษัทตัวแทนของเราให้

ในกรณีฉุกเฉิน...

ถ้าคุณได้รับบาดเจ็บในที่ทำงาน และเป็นกรณีฉุกเฉิน

อาการบาดเจ็บอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต

คุณจะต้องไปยังห้องฉุกเฉินของโรงพยาบาลที่อยู่ใกล้ที่สุด ถ้าคุณได้รับอันตรายระหว่างทำงานหลังเวลาเลิกงานหรือขณะปฏิบัติงานนอกพื้นที่บริการของคุณ คุณก็ควรไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้ที่สุด

หลังจากที่ได้รับการรักษากรณีฉุกเฉินแล้ว คุณอาจจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป ซึ่งคุณจำเป็นต้องเลือกแพทย์ประจำตัวจากรายชื่อแพทย์ที่เราจัดไว้ให้ สามารถตุลาการฟ้องแพทย์ได้ที่ www.texasmutual.com หรือขอได้ที่หมายเลข (800) 381-8067 หรือติดต่อขอได้ที่ผู้ว่าจ้าง แพทย์ที่คุณเลือกจะเป็นผู้ดูแลรักษาอาการบาดเจ็บที่คุณได้รับระหว่างปฏิบัติงาน นอกจากกรณีฉุกเฉินแล้ว คุณจะต้องได้รับการดูแลและได้รับการส่งตัวไปรักษาโดยแพทย์เฉพาะทางผ่านแพทย์ประจำตัวของคุณ

การเข้ารับการรักษากรณีฉุกเฉินไม่จำเป็นต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้า “การเข้ารับการรักษากรณีฉุกเฉิน”

ถูกบัญญัติไว้ในกฎหมายของรัฐเท็กซัส เป็นกรณีที่เกิดขึ้นโดยปัจจุบันทันด่วน มีอาการร้ายแรงมากเพียงพอที่จะเป็นเหตุผลให้บุคคลผู้นั้นต้องได้รับการเยียวยารักษาเป็นการเร่งด่วน มิฉะนั้นอาจเป็นอันตรายถึงชีวิต อันตรายนั้นรวมถึงอันตรายต่อสุขภาพ หรือก่อให้เกิดความพิการ ทูพพลภาพ หรืออาจทำให้อวัยวะไม่ทำงานหรือสูญเสียอวัยวะ

กรณีที่ไม่ฉุกเฉิน...

รายงานอาการบาดเจ็บแก่ผู้ว่าจ้างทันทีที่ทำได้ เลือกแพทย์ประจำตัวจากรายชื่อแพทย์ที่เราจัดเตรียมไว้ให้ โดยสามารถตุลาการฟ้องแพทย์ได้ที่ www.texasmutual.com ถ้าไม่มีอินเทอร์เน็ต ให้โทรไปที่ (800) 381-8067 หรือติดต่อขอได้ที่ผู้ว่าจ้าง

การรักษาที่สั่งโดยแพทย์ประจำตัวของคุณจะต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าก่อน คุณหรือแพทย์ประจำตัวของคุณจะต้องยื่นเรื่องขออนุมัติไปที่ บริษัท Texas Mutual Insurance

สำหรับการรักษาโรคเฉพาะทาง หรือบริการก่อนการรักษา หรือบริการตามเงื่อนไขที่กำหนด คุณอาจจะต้องได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องหลังจากที่เรื่องของคุณได้รับการอนุมัติแล้ว ตัวอย่างเช่น คุณอาจจะต้องพักรักษาตัวอยู่ในโรงพยาบาลนานกว่าที่ได้เรื่องของคุณได้รับอนุมัติในครั้งแรก ถ้าเช่นนั้นการรักษาพยาบาลที่เพิ่มมาจะต้องได้รับการอนุมัติก่อนล่วงหน้า

รายการการรักษาพยาบาลที่ต้องได้รับการอนุมัติล่วงหน้าจากเครือข่าย (มีผลบังคับใช้ 6/1/09):

โรงพยาบาล / ASC

- การรับผู้ป่วยของสถานพยาบาลที่ไม่ใช่สำหรับกรณีฉุกเฉินหรือ ASC (ผู้ป่วยใน ผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยรอสังเกตอาการ) รวมทั้งระเบียบขั้นตอนที่สำคัญและระยะเวลาการพัก ค่าของอนุมัติล่วงหน้า ควรจะครอบคลุมถึงฮาร์ดแวร์ที่เฉพาะเจาะจง อุปกรณ์ที่จะฝังเข้าสู่ร่างกาย ระบบนำส่งอุปกรณ์จากภายนอก **ฯลฯ**ที่จะใช้

การผ่าตัด/ขั้นตอนการดำเนินการ/อุปกรณ์ฝังภายใน

- การผ่าตัดที่ไม่ฉุกเฉินทั้งหมดที่ระบุรหัส AMA CPT 10010-69990 และ/ หรือรหัส G ซึ่งระบุการผ่าตัดในสถานที่ให้บริการที่ไม่ใช่สำนักงานของแพทย์ [POS 11] ค่าของอนุมัติล่วงหน้า ควรจะครอบคลุมถึงฮาร์ดแวร์ที่เฉพาะเจาะจง อุปกรณ์ที่จะฝังเข้าสู่ร่างกาย ระบบนำส่งอุปกรณ์จากภายนอก **ฯลฯ**ที่จะใช้
- การฉีดโบท็อกซ์ทั้งหมด
- การฉีดเข้าช่องไขสันหลังทั้งหมด (ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง):
 - * การฉีดสเตียรอยด์เข้าช่องไขสันหลัง
 - * RFTC หรือ การรักษาด้วยความเย็น/การจี้ด้วยความเย็น
 - * การฉีดเข้า Sacral Iliac Joint
 - * การฉีดเข้าข้อต่อกระดูกสันหลัง
 - * การฉีดยาชาเข้าที่แขนงเส้นประสาท Medical Branch
- การฉีดขี้ผึ้งกระดูก (ระบุเป็น AMA CPT 20553)
- การกระตุ้นการเจริญเติบโตของกระดูก
- การตรวจเอกซเรย์โดยการฉีดสารทึบรังสีเข้าไปในหมอนรองกระดูก (Discograms)
- การฝังระบบนำส่งยาที่สามารถฝังเข้าสู่ร่างกายได้
- ขั้นตอนเพื่อการศึกษาหรือทดลอง หรืออุปกรณ์ตามที่ระบุโดย ODG หรือที่จัดทำรายการอยู่ใน AMA Category III Code
- อุปกรณ์กระตุ้น (ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง):
 - * ชุด TENS
 - * ชุดเฟอเรนเซียล
 - * เครื่องกระตุ้นเส้นประสาทและกล้ามเนื้อ
 - * คู่อัลตราซาวด์
 - * เครื่องกระตุ้นประสาทไขสันหลัง
 - * เครื่องกระตุ้นประสาทส่วนปลาย
 - * เครื่องกระตุ้นสมอง

การวินิจฉัย

- การตรวจ MRI และ CT สแกนเบื้องต้นหรือที่ดำเนินการซ้ำทั้งหมด
- การตรวจสอบความหนาแน่นของมวลกระดูก
- โครงการศึกษาเพื่อการวินิจฉัยโรคส่วนบุคคลที่ดำเนินการซ้ำทั้งหมด (ชุดการดำเนินการ) ที่มีชื่อเรียกเก็บเกินกว่า 350 เหรียญสหรัฐฯ ยกเว้นมีระบุไว้ในรายการเป็นอย่างอื่น
- การตรวจวินิจฉัยความผิดปกติของกล้ามเนื้อด้วยอิเล็กโทรดชนิดปิดผิวหนัง (EMG)

อื่น ๆ

- อุปกรณ์ทางการแพทย์แบบถาวร (DME) ที่เป็นกายอุปกรณ์ ซึ่งมีชื่อเรียกเก็บเงินสูงกว่า 500.00 เหรียญสหรัฐฯ (ซื้อหรือเช่าสะสม หรือยอดรวมของการเช่า/ซื้อ)
- สมาชิกภาพสถานออกกำลังกาย

การรักษาด้วยแพทย์ทางเลือก (รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง):

- การฝังเข็มที่อยู่นอกเหนือจากที่กำหนดไว้ใน ODG
- การนวดกดจุด
- โยคะ

โปรแกรมฟื้นฟูสุขภาพ (รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง):

- การฟื้นฟูสุขภาพเพื่อกลับเข้าทำงาน
- การฟื้นฟูสมรรถภาพเพื่อกลับเข้าทำงาน
- โปรแกรมการจัดการอาการปวดเรื้อรัง
- การฟื้นฟูสมรรถภาพทางการแพทย์
- การฟื้นฟูสมองและไขสันหลัง
- โปรแกรมบำบัดรักษาอาการคิดสารเสพติด
- โปรแกรมลดน้ำหนัก

เนิร์สซิงโฮม (รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง):

- ศูนย์ให้บริการพยาบาลทักษะเฉพาะ รวมทั้งการดูแลที่ต้องใช้ทักษะในส่วนให้บริการเดียวกัน
- การดูแลระยะพักฟื้น
- บ้านพักคนชรา
- บ้านพักเพื่อช่วยในการดำรงชีวิต
- บ้านพึ่งพา

กายภาพบำบัด

- การรักษาด้วยโครแพรกติก (รวมการทำหัตถการและการเดินทางไปพบแพทย์ที่สถานพยาบาล) ที่มีระยะเวลารวมกันเกินกว่า 14 ครั้ง และ/หรือนานเกินกว่า 10 สัปดาห์ นับจากวันที่ได้รับบาดเจ็บ
- การทำหัตถการโดยได้รับยชา (MUA)
- การรักษาด้วยการทำกายภาพบำบัด/กิจกรรมบำบัดที่มีระยะเวลารวมกันเกินกว่า 14 ครั้ง และ/หรือเกินกว่า 10 สัปดาห์ นับจากวันที่ได้รับบาดเจ็บ
- การรักษาด้วยการป้อนกลับทางชีวภาพหรือ Biofeedback

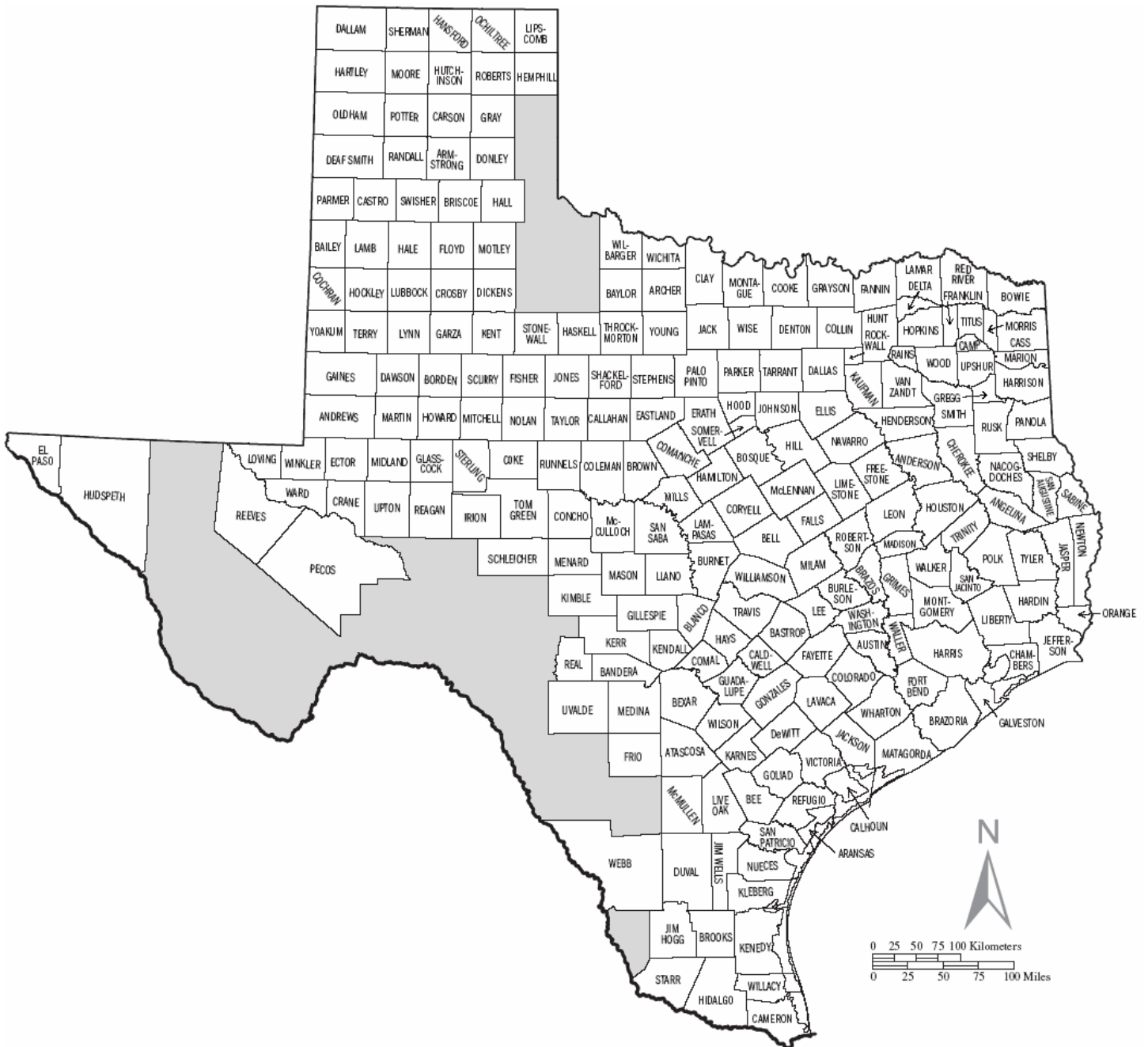
จิตเวชและ/หรือจิตบำบัด (รวมถึงแต่ไม่จำกัดเพียง):

- การประเมินต่อเนื่อง
- การทดสอบต่อเนื่อง
- การรักษาทั้งหมด
- การรักษาด้วยการป้อนกลับทางชีวภาพหรือ Biofeedback ทั้งหมด

หมายเลขโทรศัพท์ติดต่อเพื่อขอรับการรักษายาบาลเหล่านี้คือ (888) 532-5246 หรือส่งแฟกซ์ไปที่ (800) 852-1805 ถ้า คำ ข อ ร ับ ก า ร ร ัก ข า ถู ก ป ฎิ เ ส ธ เ ร า จะ แ จ้ ง ใ ห้ ค ุ ณ ท ร า บ เ ป็ น ล า ย ลั ก ษ ณ์ อ ก ษ ร ในจดหมายจะมีข้อมูลที่บอกว่าคุณมีสิทธิที่จะยื่นขอให้พิจารณาคำขอของคุณใหม่หรืออาจจะยื่นฟ้องเราที่ปฏิเสธคำขอของคุณก็ได้ รวมทั้งแจ้งเกี่ยวกับสิทธิที่จะขอให้องค์กรตรวจสอบอิสระ (Independent Review Organization) ดำเนินการตรวจสอบ Texas Department of Insurance ได้อีกด้วย

แผนที่พื้นที่ให้บริการของ Texas Star Network® (สิงหาคม 02/2008)

พื้นที่ให้บริการอาจเปลี่ยนแปลงได้



แผนที่พื้นที่ให้บริการของ Texas Star Network® (สิงหาคม 02/2008)

พื้นที่ให้บริการอาจเปลี่ยนแปลงได้

ANDERSON	CRANE	HASKELL	MARION	SAN AUGUSTINE
ANDREWS	CROSBY	HAYS	MARTIN	SAN JACINTO
ANGELINA	DALLAM	HEMPHILL	MASON	SAN PATRICIO
ARANSAS	DALLAS	HENDERSON	MATAGORDA	SAN SABA
ARCHER	DAWSON	HIDALGO	MCCULLOCH	SCHLEICHER
ARMSTRONG	DEAF SMITH	HILL	MCLENNAN	SCURRY
ATASCOSA	DELTA	HOCKLEY	MCMULLEN	SHACKELFORD
AUSTIN	DENTON	HOOD	MEDINA	SHELBY
BAILEY	DEWITT	HOPKINS	MENARD	SHERMAN
BANDERA	DICKENS	HOUSTON	MIDLAND	SMITH
BASTROP	DONLEY	HOWARD	MILAM	SOMERVELL
BAYLOR	DUVAL	HUDSPETH	MILLS	STARR
BEE	EASTLAND	HUNT	MITCHELL	STEPHENS
BELL	ECTOR	HUTCHINSON	MONTAGUE	STERLING
BEXAR	EL PASO	IRION	MONTGOMERY	STONEWALL
BLANCO	ELLIS	JACK	MOORE	SWISHER
BORDEN	ERATH	JACKSON	MORRIS	TARRANT
BOSQUE	FALLS	JASPER	MOTLEY	TAYLOR
BOWIE	FANNIN	JEFFERSON	NACOGDOCHES	TERRY
BRAZORIA	FAYETTE	JIM HOGG	NAVARRO	THROCKMORTON
BRAZOS	FISHER	JIM WELLS	NEWTON	TITUS
BRISCOE	FLOYD	JOHNSON	NOLAN	TOM GREEN
BROOKS	FORT BEND	JONES	NUECES	TRAVIS
BROWN	FRANKLIN	KARNES	OCHILTREE	TRINITY
BURLESON	FREESTONE	KAUFMAN	OLDHAM	TYLER
BURNET	FRIO	KENDALL	ORANGE	UPSHUR
CALDWELL	GAINES	KENEDY	PALO PINTO	UPTON
CALHOUN	GALVESTON	KENT	PANOLA	UVALDE
CALLAHAN	GARZA	KERR	PARKER	VAN ZANDT
CAMERON	GILLESPIE	KIMBLE	PARMER	VICTORIA
CAMP	GLASSCOCK	KLEBERG	PECOS	WALKER
CARSON	GOLIAD	LAMAR	POLK	WALLER
CASS	GONZALES	LAMB	POTTER	WARD
CASTRO	GRAY	LAMPASAS	RAINS	WASHINGTON
CHAMBERS	GRAYSON	LAVACA	RANDALL	WEBB
CHEROKEE	GREGG	LEE	REAGAN	WHARTON
CLAY	GRIMES	LEON	REAL	WICHITA
COCHRAN	GUADALUPE	LIBERTY	RED RIVER	WILBARGER
COKE	HALE	LIMESTONE	REEVES	WILLACY
COLEMAN	HALL	LIPSCOMB	REFUGIO	WILLIAMSON
COLLIN	HAMILTON	LIVE OAK	ROBERTS	WILSON
COLORADO	HANSFORD	LLANO	ROBERTSON	WINKLER
COMAL	HARDIN	LOVING	ROCKWALL	WISE
COMANCHE	HARRIS	LUBBOCK	RUNNELS	WOOD
CONCHO	HARRISON	LYNN	RUSK	YOAKUM
COOKE	HARTLEY	MADISON	SABINE	YOUNG
CORYELL				

พนักงานรับทราบเรื่องการประกันสุขภาพ

ข้าพเจ้าได้รับข้อมูลซึ่งแจ้งให้ข้าพเจ้าทราบว่า ข้าพเจ้าจะได้รับการดูแลรักษาอย่างไรจากการประกันสุขภาพที่ผู้ว่าจ้างจัดให้

ถ้าข้าพเจ้าได้รับบาดเจ็บระหว่างทำงานและอาศัยอยู่ในพื้นที่ให้บริการที่แจ้งมาในประกาศฉบับนี้ ข้าพเจ้ารับทราบว่า :

1. ข้าพเจ้าจะต้องเลือกแพทย์ประจำตัวในเครือข่าย หรือข้าพเจ้าอาจร้องขอแพทย์ที่จะทำการรักษาเบื้องต้นได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ เพื่อทำหน้าที่เป็นแพทย์ประจำตัวของข้าพเจ้า ถ้าข้าพเจ้าเลือกแพทย์ที่จะทำการรักษาเบื้องต้นได้จากสำนักงานหลักประกันสุขภาพ ข้าพเจ้าจะแจ้งให้ Texas Mutual ทางโทรศัพท์ ที่หมายเลข (800) 859-5995 เพื่อให้ทราบถึงการตัดสินใจของข้าพเจ้า
2. เมื่อได้รับบาดเจ็บ ข้าพเจ้าต้องทำการรักษาด้วยแพทย์ประจำตัวเท่านั้น ถ้าข้าพเจ้าต้องการรักษากับแพทย์เฉพาะทาง แพทย์ประจำตัวจะเป็นผู้ส่งตัวข้าพเจ้าไปรักษาเอง ถ้าข้าพเจ้าจำเป็นต้องเข้ารับการรักษากรณีเร่งด่วน ข้าพเจ้าสามารถเข้ารับการรักษาได้ที่สถานพยาบาลทุกแห่ง
3. บริษัทประกันสุขภาพจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้แพทย์ประจำตัวและบริษัทตัวแทน
4. ข้าพเจ้าจะต้องเป็นผู้ออกค่ารักษาพยาบาลเอง หากข้าพเจ้าเข้ารับการรักษาด้วยแพทย์รายอื่นที่ไม่ได้ขึ้นกับบริษัทตัวแทน โดยไม่ได้รับอนุมัติล่วงหน้าจากเครือข่าย
5. การทุจริตหรือหลอกลวงเพื่อหวังผลประโยชน์ในเงินประกันมีความผิดตามกฎหมายอาญา ต้องระวางโทษปรับหรือจำคุก

ลายมือชื่อ

วันที่

ชื่อ-นามสกุลตัวบรรจง

ข้าพเจ้าอาศัยอยู่ที่ : _____

ถนน

เมือง

รัฐ

รหัสไปรษณีย์

ชื่อผู้ว่าจ้าง : _____

ชื่อของบริษัทตัวแทน : Texas Star Network®

พื้นที่บริการอาจเปลี่ยนแปลงได้

โทร (800) 381-8067 ถ้าคุณต้องการติดต่อกับผู้ให้บริการรักษาของเครือข่าย

โปรดเลือกข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้ :

ได้รับประกาศแจ้งพนักงานเป็นครั้งแรก

ได้รับประกาศแจ้งเมื่อได้รับบาดเจ็บ (วันที่ได้รับบาดเจ็บ : ___ / ___ / ___)

ไม่ต้องส่งแบบฟอร์มนี้มายัง TEXAS MUTUAL
INSURANCE COMPANY เว้นแต่ได้รับการร้องขอ