Workers' Compensation Approved Alliance Network Providers

www.pswca.org

AUSTIN

CareNow - Anderson Mill
11521 RR 620 N.
Ste 100
Austin, TX 78726
512-402-6830

CareNow– Avery Ranch
10625 W. Parmer Ln.
Ste D400
Austin, TX 78717
512-733-9400

Concentra
200 W. Anderson Ln.
Austin, TX 78757
512-459-4367

Concentra
9333 Research Blvd.
Ste 400
Austin, TX 78759
512-467-7232

Concentra
13831 U.S. Hwy 183 N.
Austin, TX 78750
512-250-0424

CareNow *(Texas MedClinic)*
12319 N. Mopac Expy
Austin, TX 78758
512-835-5577

For life-threatening emergencies

CALL - 911

CEDAR PARK

CareNow
5001 183A
Ste R100
Cedar Park, TX 78613
512-595-7000

NextCare/Baylor S&W
351 Cypress Creek Rd.
Ste 103
Cedar Park, TX 78613
512-250-8103

Next Level
1500 E. Whitestone Blvd.
Cedar Park, TX 78613
832-706-2295

GEORGETOWN

CareNow
1205 S IH 35 Frontage Rd.
Georgetown, TX 78626
512-942-2535

NextCare/Baylor S&W
900 N. Austin Ave.
Ste 105
Georgetown, TX 78626
512-930-7828

CareNow
4506 Williams Dr.
Ste 120
Georgetown, TX 78633
512-869-3355

HUTTO

CareNow
4810 Gattis School Rd.
Hutto, TX 78634
512-312-7230

Next Level
720 US-79
Ste 100
Hutto, TX 78634
832-706-2295

CareNow *(Texas MedClinic)*
440 Chris Kelly Blvd
Hutto, TX 78634
512-265-1434

PFLUGERVILLE

Express M.D.
1616 F.M. 685
Ste 106
Pflugerville, TX 78660
512-252-9094

Next Level-Wells Branch
14900 N. IH 35
Austin, TX 78728
832-706-2295

CareNow *(Texas MedClinic)*
1501 FM 685
Pflugerville, TX 78660
737-279-7984

ROUND ROCK

CareNow
2800 S IH 35 Frontage Rd.
Ste 400
Round Rock, TX 78681
512-910-8737

Concentra
117-B Louis Henna Blvd.
Ste 200
Round Rock, TX 78664
512-255-9634

NextCare/Baylor S&W
1240 E. Palm Valley Blvd.
Round Rock, TX 78664
512-218-0689

Next Level
3200 Greenlawn Blvd.
Ste 160
Round Rock, TX 78664
281-783-8162

CareNow *(Texas MedClinic)*
4851 N. Interstate Hwy 35
Round Rock, TX 78665
512-486-6140

TAYLOR

CareNow
3705 N. Main St.
Ste 103
Taylor, TX 76574
512-352-6862

Telemedicine- Virtual Care:
RediMD
To receive all medical care through Telemedicine call:
Tel. 281-633-0148 option #2

IMPORTANT:

- Emergency rooms should only be utilized in an emergency situation or when an Alliance Network Provider is not available.
- Employees must establish with an approved Alliance Network provider if needing medical care.
- You may not self-refer to a specialist. In order to see a specialist, a referral from an approved Alliance Network Provider and prior authorization from TASB is required.
- A complete list of approved Alliance Network Providers can be found at www.pswca.org

Verenice Martinez, Risk Management Coordinator (512) 943-5000 x 6009, Fax (512) 943-5002

Verification of Employment for a Reported Workers' Compensation Injury or Illness

Por favor de entregar esta forma al medico para obtener su primer examen medico.
Please take this form to the doctor for your first medical examination

Employee Name *(nombre)*_____Date of Injury *(fecha de accidente)* _____

Date of Birth *(fecha de nacimiento)* _____ Social Security *(seguro social)* _____

Reported Work Related Injury or Illness: *(Lesión o enfermedad relacionada con el trabajo):*

_____

_____

Georgetown ISD workers' compensation coverage provider is the Texas Association of School Boards Risk Management Fund which is a member of the Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance.) For emergencies, an injured employee may go to the nearest emergency room. Otherwise, all other treatment must be from an Alliance Provider listed at pswca.org.

Please submit all claim and medical billing information to:

TASB Risk Management Fund
P.O. Box 2983
Clinton, IA 52733-2983
Phone: 800.732.0153
Fax: 732.212.7009
Pre-Authorization
Phone: 800.482.7276, x9907
Fax: 888.777.8272

eBill Information
Clearinghouse: WorkComp EDI
Clearinghouse website:www.workcompedi.com
TASB's Payer ID: WR902

Issuing Signature _____ Title _____

Phone Number_____ Date _____

Providers please submit Work Status Reports and all Job Description requests via fax to:

Verenice Martinez Risk Management Coordinator
Phone: 512-943-5000 ext 6009
Fax: 512-943-5002 / martinezv4@georgetownisd.org

For a full list of Alliance Providers please visit pswca.org.

Reconocimento Del Empleado Para El Programa De Contratar Directamente Con Medicos

He recibido la informacion que explica como obtener tratamientos medicos si me lastimo en el trabajo. Si estoy lastimado en el trabajo y vivo en un área de servicio descrita en esta información, entiendo que:

1. Tengo que escojer un doctor de la lista de la Alliance (PSWCA), que son señalados para tratar.
2. Debo ir a este doctor para todo el tratamiento médico para mi lesión. Si necisito un especialista, el doctor que me trata me referirá. Si necesito tratamientos de emergencia, yo entiendo que puedo ir a cualquier profesional médico licenciado dentro de los Estados Unidos.
3. Si el doctor me refiere a un especialista, yo entiendo que necesito verificar que el doctor sea un miembro del la Alliance.
4. TASB le pagara al doctor escojido y a doctores tambien que son partidos de PSWCA.
5. Puedo ser responsable de la cuenta si recibo tratamento medico de doctores que no son miembros de la Alliance y sin la aprobacion anterior de TASB.
6. Reportando un reclamo de lastimaduara falsa o fraudulenta es un crimen que puede resultar en multas y o al encarcelamiento.
7. Si deseo cambiar doctores despues de mi primera opción, puedo hacerlo dentro 60 dias de comensar mi tratamieto. Puedo solamente escojer de la lista de doctores que estan en el Alliance. La tercer opción necesita probacion de mi ajustador antes de cabiar doctor.

_____ _____/_____/_____
Firma (Signature) Fecha (Date)

_____
Nombre en imprenta (Printed Name)

_____
Direccion de domicilio incluindo cuidad, estado y zip (Address)

Nombre de empleo (Name of Employer): Georgetown ISD
Nombre del programa de contratar doctores directament (Name of Direct Contracting Program): Political Subdivision Workers' Compensation Alliance (the Alliance)

El servicio de contratar doctores directamente en las areas de servicio, son subjetivos a cambiar. Para localizar un doctor de tratamiento en su area, visite al Internet en: **www.pswca.org** o llame a su ajustador al numero: 800.482.7276.

To be completed by the employer only

Please indicate whether this is the:
- ☐ Initial Employee Notification
- ☒ Injury Notification (Date of Injury:_____/_____/_____)

Do not return this form to the TASB Risk Management Fund unless requested.

TASB™ RISK FUND

TASB Risk Management Fund
© 2019 Texas Association of School Boards, Inc. All rights reserved.

FORM TO ELECT LEAVE BENEFITS WITH WORKERS' COMPENSATION (NO OFFSET—SPANISH VERSION)

Nombre _____ **Número de empleado** _____

Posición _____ **Departamento/campus** _____

Este empleado está ausente de su trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo que comenzó en *(fecha de la primera ausencia que se atribuye a enfermedad o lesión)*. Si es elegible, el seguro de compensación de los trabajadores puede comenzar a pagar un porcentaje de los salarios actuales del empleado en el octavo día de ausencia del trabajo, en caso de que se requiera una ausencia prolongada.

_____ _____

Firma autorizada de distrito Fecha

Elección del empleado:

Estoy ausenté del trabajo debido a una enfermedad o lesión relacionada con el trabajo. Comprendo que no soy elegible para los beneficios de ingreso semanales de compensación para trabajadores hasta que mi ausencia exceda los siete días calendario. También comprendo que el distrito continuará pagando su aporte hacia el costo de mi cobertura de seguros médicos (si es aplicable) siempre y cuando estoy en licencia **con goce de sueldo** y/o licencia familiar o médica (FMLA). Asimismo, comprendo que seré responsable de pagar todas las primas de seguros médicos si estoy en licencia **sin goce de sueldo** que no sea una licencia FMLA. Elijo la siguiente opción:

- ❑ Elijo utilizar solamente _____ días de licencia disponible con goce de sueldo en esta oportunidad.
- ❑ Elijo utilizar todas las licencias con goce de sueldo disponibles. Comprendo que no recibiré los beneficios de ingresos semanales de compensación de los trabajadores hasta que haya acabado toda mi licencia con goce de sueldo o hasta en que la licencia con goce de sueldo no es equivalente a mi sueldo previo a la enfermedad o a la lesión.
- ❑ Elijo **no** utilizar la licencia con goce de sueldo disponible en esta oportunidad. Comprendo que no recibiré pagos de salario regulares de **Georgetown ISD** mientras reciba los beneficios de ingreso semanales conforme a la compensación de los trabajadores. No se deducirá la licencia con goce de sueldo disponible de mi saldo de licencia. Asimismo, comprendo que, al seleccionar esta opción, recibiré solamente los beneficios de salario de compensación de los trabajadores para las ausencias que deriven de mi enfermedad o lesión relacionada con el trabajo, a menos y hasta que comunique al distrito un cambio en mi decisión.

_____ _____ _____

Firma del empleado Fecha Fecha de Lesión

For Claims Reporting Purposes Only:	
For all employees: Amount of leave paid to employee: $ ____.__ Daily rate: $ _____ Period of payment: from___/___/___ through___/___/___ for ____ days **or** ____ weeks	*For hourly employees only:* Hourly rate: $____.___ Number of hours paid: _____

© 9/16/2016 Texas Association of School Boards. All rights reserved.

OPTUM®

PO Box 152539
Tampa, FL 33684-2539

TASB RISK FUND

HACEMOS MÁS SENCILLO...

EL ABASTECIMIENTO DE LAS RECETAS MÉDICAS DEL PROGRAMA DE COMPENSACIÓN POR ACCIDENTES LABORALES.

Optum ha sido elegido para administrar los beneficios farmacéuticos de su programa de compensación por accidentes laborales para su empleador o su asegurador. Más adelante incluimos su tarjeta First Fill que le permitirá recibir las recetas médicas relacionadas con su lesión en su farmacia local. Llene esta tarjeta siguiendo las instrucciones que se indican a continuación.

Empleado lesionado:

Si necesita que se le abastezca su receta médica para una lesión o enfermedad relacionada con su trabajo, visite una farmacia de la red Optum Tmesys®. Entregue esta tarjeta temporal al farmacéutico. El farmacéutico abastecerá su receta médica bajo costo o sin costo alguno.

Si se acepta su reclamación del programa de compensación por accidentes laborales, recibirá una tarjeta permanente por correo. Use esa tarjeta para otras recetas médicas de lesiones o enfermedades relacionadas con su trabajo.

La mayoría de farmacias y todas las grandes cadenas de farmacias forman parte de la red. Para encontrar una farmacia de la red, llame al 1-866-599-5426 o visite tmesys.com.

¿Tiene alguna pregunta?
¿Necesita ayuda?

1-866-599-5426

OPTUM®

WORKERS' COMPENSATION PRESCRIPTION DRUG PROGRAM

TASB Risk Mgmt. Fund — PORTADORA
Georgetown ISD — EMPLEADOR

NOMBRE DEL TRABAJADOR LESIONADO

Por favor provea directamente al farmacéutico

NUMERO DE SEGURO SOCIAL — FECHA DE ALA LESION (AAMMDD)

Aviso para el titular de la tarjeta: Presente esta tarjeta a la farmacia para recibir los medicamentos para la lesión relacionada con su trabajo. Para ubicar una farmacia, visite tmesys.com.

Attention Pharmacists: Enter RxBIN, RxPCN and GROUP. Member ID # format is the date of injury and SSN combined as follows: YYMMDD123456789.

Tmesys is the designated PBM for this patient.

Tmesys Pharmacy Help Desk
1-800-964-2531

	NDC		Envoy
RxBIN	004261	or	002538
RxPCN	CAL	or	Envoy Acct. #
GROUP	TASBF		

NOTA: *Esta tarjeta First Fill solo es válida para una lesión o enfermedad cubierta por su programa de compensación por accidentes laborales.*

Empleador:

Inmediatamente después de recibir un aviso sobre una lesión, llene la información antes indicada y entregue este formulario al empleado.

The following entities comprise the Optum Workers Compensation and Auto No Fault division: PMSI, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Florida; Progressive Medical, LLC, dba Optum Workers Compensation Services of Ohio; Cypress Care, Inc. dba Optum Workers Compensation Services of Georgia; Healthcare Solutions, Inc., dba Optum Healthcare Solutions of Georgia; Settlement Solutions, LLC, dba Optum Settlement Solutions; Procura Management, Inc., dba Optum Managed Care Services; Modern Medical, dba Optum Workers Compensation Medical Services, collectively and individually referred as "Optum."

tmesys®

IMP14-1813-37