

MISSISSIPPI

PHYSICIAN CHOICE NOTICE

Printed name of injured worker _____

Printed name of employer _____

Date of injury _____ Claim number _____

I understand that under the Mississippi Workers' Compensation Law, I have the right to choose one physician to provide treatment to me. I can either accept the physician to whom I am sent by my employer or choose a physician on my own.

I also understand that a referral to any other doctor must be made by my chosen physician.

I also understand that my employer (or workers' compensation carrier) must approve any physician change, and that if I change doctors without their authorization, I will be responsible for the medical expenses for the unauthorized treatment.

With that understanding I state as follows:

I accept my employer's choice of treatment by _____

I elect to choose my own physician to provide treatment, and that choice is _____

Signature of injured worker _____ Date _____

Witnessed by _____ Date _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com

MISSISSIPPI

NOTIFICACIÓN DE ELECCIÓN DEL MÉDICO

Nombre en letra de molde del trabajador lesionado _____

Nombre en letra de molde del empleador _____

Fecha de la lesión _____ Número de reclamo _____

Entiendo que bajo la Ley de Indemnización por Accidentes de Trabajo de Mississippi, tengo el derecho de elegir un médico para que me brinde tratamiento. Puedo aceptar al médico al que mi empleador me envía o elegir un médico por mi cuenta.

También entiendo que cualquier derivación a otros médicos debe realizarla mi médico elegido.

También entiendo que mi empleador (o la compañía de indemnización por accidentes de trabajo) debe aprobar cualquier cambio de médico, y en caso de cambiar de médico sin su autorización, yo seré responsable de los gastos médicos por el tratamiento no autorizado.

Con ese conocimiento, declaro lo siguiente:

Acepto la elección de tratamiento de mi empleador por parte de _____

Elijo escoger a mi propio médico para que me brinde tratamiento, y esa elección es _____

Firma del trabajador lesionado _____ Fecha _____

Testigo _____ Fecha _____



1-800-282-7644 | summitholdings.com