



## Introductory letter to Physician Coventry/ First Health

Date: \_\_\_\_\_

Employer Name: \_\_\_\_\_

Employer Telephone Number \_\_\_\_\_

Dear Health Care provider,

\_\_\_\_\_ is scheduled for an initial visit as an employee of \_\_\_\_\_, which is a participant in the AMERISURE INSURANCE COMPANY / COVENTRY FIRST HEALTH NETWORK. This letter does not confirm that the injury or condition is covered by Workers' Compensation Insurance. That determination will be made as soon as an investigation is completed by our claims adjuster.

**DRUG TESTING IS REQUIRED:**

- ☐ Urinalysis
- ☐ Breathalyzer (blood test if necessary)

We are working closely with COVENTRY/ FIRST HEALTH and the involved medical providers to ensure that our employees receive access to timely and medically necessary treatment for their industrial injuries. In the best interest of our employees, we will have modified work available, which would allow the employee to return to work at the earliest possible date.

**PLEASE CONTACT AMERISURE INSURANCE COMPANY  
At (800) 282-2743  
WHEN ONE OF THE FOLLOWING OCCURS**

1. New Injury with disability greater than 7 days
2. Hospitalization
3. Anticipated Surgery
4. Physical Therapy of Chiropractic Treatment Recommended
5. Referral to provider
6. Assistance Required to Return Injured Employee to Work
7. Repeat Major Diagnostic Studies

All claims for treatment must be submitted to the address below on a HCFA 1500, UB 92, or the appropriate form required by the state. Please submit all medical reports with the Bills within the time frame required by the applicable state law. .

**AMERISURE INSURANCE COMPANY  
P.O. BOX 33478- Detroit, Michigan 48232  
Phone: (800) 282-2743- o- Fax: (727) 561-7153**

Should you have questions regarding your participation in the COVENTRY/FIRST HEALTH NETWORK, please refer to the provider's manual.

Sincerely,

\_\_\_\_\_  
Print Name

\_\_\_\_\_  
Signature



## Carta Introductoria al Médico (Coventry/ First Health)

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre del Empleador: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono del Empleador: \_\_\_\_\_

Estimado Proveedor de Cuidados de Salud:

\_\_\_\_\_ está programado para una visita inicial como empleado de \_\_\_\_\_, el cual es participante de AMERISURE INSURANCE COMPANY / COVENTRY FIRST HEALTH NETWORK. Esta carta no confirma que la lesión o la condición esté cubierta por el Seguro de Compensación para Trabajadores (Workers' Compensation Insurance). Esa determinación se hará tan pronto nuestro ajustador de reclamos complete la investigación.

ES REQUERIDO EL EXAMEN DE DROGAS:

- ☐ Análisis de Orina
- ☐ Breathalyzer (análisis de sangre si es necesario)

Estamos trabajando conjuntamente con COVENTRY/ FIRST HEALTH y con los proveedores de salud involucrados para asegurar que nuestros empleados reciban acceso al tratamiento médico oportuno y necesario para sus lesiones laborales. En el mejor interés de nuestro empleado, nosotros modificaremos los trabajos disponibles, lo cual le permitirá al empleado regresar al trabajo lo más pronto posible. Por favor tenga esto presente al tratar a este empleado.

**POR FAVOR PONGASE EN CONTACTO CON AMERISURE INSURANCE COMPANY**

**AL: (800) 282-2743**

**CUANDO ALGUNO DE LOS SIGUIENTES OCURRA:**

8. Nueva lesión con incapacidad mayor a 7 días y No dada de alta para regresar al trabajo
9. Hospitalización
10. Cirugía anticipada
11. Terapia física o Tratamiento Quiropráctico Recomendado
12. Referido al proveedor
13. Asistencia requerida para regresar al empleado lesionado a trabajar
14. Repetir estudios de Diagnóstico Mayor

**Todas las reclamaciones para tratamiento tienen que ser sometidas o presentadas a la dirección que aparece debajo, en un HCFA 1500, UB 92 o los formularios apropiados requeridos por el Estado. Por favor someta o presente todos los reportes médicos dentro del margen de tiempo requerido por la ley del Estado aplicable.**

**AMERISURE INSURANCE COMPANY  
P.O. BOX 33478- Detroit, Michigan 48232  
(800) 282-2743- o- Fax: (727) 561-7153**

**Si usted tiene alguna pregunta acerca de su participación en COVENTRY/ FIRST HEALTH NETWORK, por favor refiérase al manual de proveedores.**

**Sinceramente,**

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firm