

## Authorization for Initial Treatment

Employee Name Printed

-                      -  
Social Security Number

Store Number

### TO: APPROVED PROVIDER

The above-referenced employee has reported sustaining an occupational injury related to his or her employment with the McDonald's Owner Operator indicated below (the "Employer"). You are authorized to provide medically necessary treatment, subject to the terms of the Employer's occupational injury plan, for conditions related to the reported injury. All referrals to other approved medical providers must be approved in advance by contacting the Employer at the phone number below.

If this box is signed and dated, the employee is required to submit to a drug/alcohol screen. Please conduct a drug/alcohol screen for your panel of controlled substances and alcohol, in addition to treating the occupational injury. The results of the drug/alcohol screen must be reported confidentially only to the Employer Representative specified below.

X \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
Employer Representative Signature                      Date

The attached Physician's Report of Employee Injury ("Report") must be completed by the treating physician. Please provide the employee with a copy of this Report and attach a copy to your billing document.

Your charges for medically necessary services will be paid directly by the Employer, subject to the terms of the Employer's occupational injury plan. To facilitate prompt payment, submit your billing document and a copy of the Report (physicians only) to the Employer at:

Owner Operator Bill to Address: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Treatment and/or billing inquiries should be directed to the Employer at (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ or at the above address. For authorization to release medical records and other information relating to the above employee's occupational injury, please refer to the attached "Authorization for Release of Health Information".

\_\_\_\_\_  
Name of Owner Operator Employer

X \_\_\_\_\_ / / \_\_\_\_\_  
Employer Representative Signature                      Date

**Send this form with injured employee to your medical provider.**

## Autorización para el Tratamiento Inicial

Nombre Impreso del Empleado

Numero de Seguro Social

Numero de la Tienda

### PARA: PROVEEDOR APROBADO

El empleado de la referencia anterior ha reportado que sufrió una lesión ocupacional relacionada con su empleo con el Propietario Operador de McDonald's indicado abajo (El "Empleador"). A usted se le autoriza proporcionar tratamiento médicamente necesario, sujeto a los términos del plan de lesión ocupacional del Empleador, para condiciones relacionadas con la lesión reportada. Todas las referencias que se hagan a otros proveedores médicos aprobados deben ser aprobadas por adelantado contactando al Empleador en el número de teléfono abajo.

Si este cuadrado es firmado y fechado, se requiere que el empleado se someta a un examen de droga/alcohol. Por favor, efectúe un examen de droga/alcohol para su panel de sustancias controladas y alcohol, además de tratar la lesión ocupacional. Los resultados del examen de droga/alcohol se deben reportar confidencialmente solo al Representante del Empleador especificado abajo.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Empleador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

El Reporte de Lesión del Empleado ("Reporte") que se incluye debe ser completado por el médico tratante. Por favor, proporcione al empleado una copia de este Reporte e incluya una copia en su documento de factura.

Sus cobros por los servicios médicamente necesarios le serán pagados directamente por el Empleador, sujeto a los términos del plan de lesión ocupacional del Empleador. Para facilitar su pronto pago, envíe su factura y una copia del Reporte (médicos solamente) al Empleador al:

Dirección de Facturación del Empleador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Las preguntas sobre el tratamiento y/o facturación deben ser hechas al Empleador al (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ a la dirección de arriba. Para la autorización para dar a conocer registros médicos y cualquier información relacionada con la lesión ocupacional del empleado de arriba, por favor refiérase a la "Autorización Para Dar A Conocer La Información de Salud" que se incluye.

\_\_\_\_\_  
Nombre del Empleador Propietario Operador

X \_\_\_\_\_  
Firma del Representante del Empleador

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Fecha

**Send this form with injured employee to your medical provider.**