

Authorization for Medical Treatment

DATE: _____

Employer Information

EMPLOYER: _____

TREATMENT AUTHORIZED BY: _____

TITLE: _____

PHONE NO.: _____

Injured Worker Information

INJURED WORKER: _____ SOCIAL SECURITY NUMBER: _____

JOB TITLE: _____

DEPARTMENT: _____ LOCATION(S): _____

DATE OF INJURY: _____ BODY PART INJURED: _____

Work Comp Insurance Carrier: MEM: 800.442.0593

Treatment Authorization

Please check all that apply:

- ☐ Initial evaluation and treatment
 - ☐ Alcohol screening
 - ☐ Drug screening
- ☐ Return-to-Work exam
- ☐ Per telephone instructions
- ☐ Other

REMARKS: _____

Submit a copy of this completed form to MEM by fax at 800.442.0597 or email it to claims@mem-ins.com.
Keep a copy of this form for your records and one for the treating physician.



Autorización para Tratamiento Médico

Información del Empleador

FECHA: _____

EMPLEADOR: _____

TRATAMIENTO AUTORIZADO POR: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

NÚMERO DE TELÉFONO: _____

Información del Trabajador Lesionado

TRABAJADOR LESIONADO: _____ NÚMERO DE SEGURO SOCIAL: _____

TÍTULO DEL PUESTO: _____

DEPARTAMENTO: _____ UBICACIÓN(ES): _____

FECHA DE LESIÓN: _____ PARTE DEL CUERPO LESIONADA: _____

Aseguradora de Compensación Laboral: MEM: 800.442.0593

Autorización de Tratamiento

Por favor marque todas las opciones que apliquen:

- ☐ Evaluación y tratamiento inicial
 - ☐ Evaluación de alcohol
 - ☐ Evaluación de drogas
- ☐ Examen de regreso al trabajo
- ☐ Por instrucciones telefónicas
- ☐ Otro

COMENTARIOS: _____

Envía una copia de este formulario completado a MEM por fax al 800.442.0597 o envíalo por correo electrónico a claims@mem-ins.com. Guarda una copia de este formulario para tus registros y una para el médico tratante.