

Información de identificación de compensación laboral

Complete el nombre y número de póliza de su empleador y presente esta información en todas sus citas médicas.

Proporcione el formulario MEDCO-14 con cualquier restricción física, ya que el empleador podría tener funciones modificadas disponibles.

Esto no garantiza la cobertura.

Nombre del empleador:



Número de la póliza:



Envíe toda la información dentro de las 24 horas de la visita

- Fax de Informe de lesiones y FROI: 888-711-9284
 - Fax médico y de autorización: 888-627-0074
 - Servicio al cliente las 24 horas: 888-627-7586
 - Preguntas sobre recetas: 800-644-6292
- (siga las indicaciones)

Envíe todo el correo y las facturas médicas a:

Sedgwick Managed Care Ohio
PO Box 1040
Dublin, OH 43017

 Cut or fold page if desired