



PHYSICIAN REFERRAL SLIP
ORDEN PARA RECIBIR TRATAMIENTO MEDICO

EMPLOYEE'S NAME: _____

Nombre del Empleado Lesionado:

Date of Injury: _____

Fecha de Lesion/Accidente:

EMPLOYER: _____

Nombre de la Empresa:

1. Contact Athens for prior authorization of ANY treatment or diagnostic testing over \$200.00. *Pongase en contacto con Athens para previa autorizacion de cualquier tratamiento o examen diagnostico que sobrepase la cantidad de \$200.00.*

2. Call Athens to discuss return to work options if the injured employee must be taken off work.

Llame a Athens para discutir opciones de retorno a su trabajo si el empleado lesionado debe

suspender sus labores regulares.

3. All bills should be forwarded to:

Todos sus recibos/cobros deben ser enviados

Athens Administrators P.O.
Box 696, Concord CA 94522
Phone: 844-713-7766 Fax:
770-9810-2634

All Injured Workers MUST have a Profile 19254N Drug Test!
Todos Los Empleados Lesionados DEBEN ser sometidos a un examen de droga (19254N)

There are NO Exceptions!!
NO Hay Excepciones!

The post-accident drug test account number is #51018363!
El numero de cuenta para su examen de droga despues del accidente es 51018363!

All drug test specimens will be processed through Quest Diagnostics
Todas las muestras de laboratorio correspondientes a su examen de droga seran procesadas por medio de Quest Diagnostics