



AmTrust North America

An AmTrust Financial Company

Attached is a panel of Physicians for this address

TWC4560470 ImmunoTek Bio Centers, LLC
6500 Quince Rd.
Memphis, TN 38119

Date created: 01/15/2025

TENNESSEE
BUREAU OF WORKERS' COMPENSATION



EMPLOYEE'S
CHOICE OF PHYSICIAN
Medical Panel

Employer

- List at least three physicians and provide this panel to employee upon the report of a workplace injury.
- Keep the completed, signed version of this form on file and send a copy to the employee for their records.
 - Do *not* send this form to the State unless requested.

Employee

- Fill out the bottom portion of this form to indicate which physician you choose.
 - If you refuse to accept medical services from the chosen physician, your rights may be delayed.
 - Traveling more than 15 miles (one way) to (or from) medical treatment? Employees may seek reimbursement of their travel expenses from the insurance carrier.
- **Send** completed form **back to your employer**.

TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYER :

Employee Name: _____ Date Panel Provided: _____
Employer: TWC4560470 ImmunoTek Bio Centers, LLC Date of injury: _____
Employer Contact: _____ Phone: _____ Email: _____

†Lindy, Peter, MD
East Memphis Orthopedic Group
Orthopedic Surgery
6005 Park Ave Ste 309
Memphis, TN 38119
901-682-5642

Concentra Medical Center
*Occupational Medicine Clinic
Urgent Care Clinic*
3965 S. Mendenhall Rd. Ste. 6
Memphis, TN 38115
901-365-1800
Medical Director: Sayyida Abdus-Salaam
Telehealth available: YES
855-835-6337
www.concentratelemed.com

AFC Urgent Care
Urgent Care Clinic
5475 Poplar Ave
Memphis, TN 38119
901-254-8040
Medical Director: Mahan, Lisa MD
Telehealth available: N

† = Denotes that the original provider record has been changed or a new record has been added.

TO BE COMPLETED BY THE EMPLOYEE:

I have selected the following physician from the list provided to me by my employer:

Physician Name: _____ Appt Date/Time: _____

I select In-person treatment ☐ or Treatment by Telehealth ☐ Were you offered in-person treatment? ☐ Yes ☐ No

Employee Signature: _____ Date: _____

FORMULARIO C-42

AGENCIA DE INDEMNIZACIÓN LABORAL DE
TENNESSEE



ELECCION DE MEDICO DEL EMPLEADO

Panel Médico

Empleador

- Indique al menos tres médicos y proporcione este panel al empleado siempre que haya informe de una lesión laboral.
- Mantenga el formulario original completado en sus archivos y envíe una copia al empleado para su constancia.
 - No envíe este formulario al Estado, a menos que se lo solicite.

Empleado

- Llene la parte inferior de este formulario para indicar el médico de su elección.
 - Si se niega a aceptar los servicios médicos del doctor elegido, eso podría conllevar a retrasos en sus derechos a beneficios.
 - ¿Tiene que viajar más de 15 millas (ida o vuelta) a (o desde) el tratamiento médico? Los empleados pueden solicitar reembolso de sus gastos de viaje de la aseguradora.
- **Envíe** el formulario completado **a su empleador**.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR :

Nombre de empleado: _____

Fecha en que se proporcionó el panel: _____

Empleador: TWC4560470 ImmunoTek Bio Centers, LLC

Fecha de la lesión: _____

Contacto del empleador: _____ Teléfono: _____

Correo electrónico: _____

†**Lindy, Peter, MD**
East Memphis Orthopedic Group
Orthopedic Surgery
6005 Park Ave Ste 309
Memphis, TN 38119
901-682-5642

Concentra Medical Center
Occupational Medicine Clinic
Urgent Care Clinic
3965 S. Mendenhall Rd. Ste. 6
Memphis, TN 38115
901-365-1800
Medical Director: Sayyida Abdus-Salaam
Telehealth available: YES
855-835-6337
www.concentratelemed.com

AFC Urgent Care
Urgent Care Clinic
5475 Poplar Ave
Memphis, TN 38119
901-254-8040
Medical Director: Mahan, Lisa MD
Telehealth available: N

† = Denota que el registro original proveedor ha sido cambiado o un nuevo registro se ha añadido.

A SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO:

He seleccionado el siguiente médico de la lista que me proporcionó mi empleador:

Nombre del médico: _____

Fecha/Hora de la cita: _____

Yo selecciono: Tratamiento en persona ☐ o tratamiento por Telesalud ☐

¿Se le ofreció tratamiento en persona? ☐ Sí ☐ No

Firma del empleado: _____

Fecha: _____