

Averiguación de Accidente



Usted posiblemente recibió por correo un formulario de Averiguación de Accidente. Por favor llene este formulario o el que recibió por correo.

ID del Participante: _____ Número de Reclamo del Paciente: _____

Nombre del Participante: _____ Número de Cuenta: _____

Antes de que este reclamo pueda ser procesado, necesitamos respuestas a todas las preguntas a continuación. Por favor llene el cuestionario completamente y tráigalo en persona o mándelo por correo a:

Culinary Health Fund
1901 Las Vegas Blvd., South, Suite 107
Las Vegas, NV 89104

Está bien si no sabe la información en este recuadro. Puede saltársela y llenar el resto del formulario.

El reclamo es para:

Proveedor: _____ Fecha del Servicio: _____

Servicio: _____ Cantidad en Dólares: _____

1. ¿Cuándo sucedió la enfermedad o la lesión? Fecha (MM/DD/AA): _____
2. ¿Dónde ocurrió la enfermedad o la lesión? _____
3. ¿Cómo sucedió la enfermedad o la lesión? _____
4. ¿Esta enfermedad o lesión es culpa de alguien más? () Sí () No
Explique: _____
5. ¿Su enfermedad o lesión está relacionada con sus obligaciones en el trabajo? () Sí () No
(Explique a continuación y si dijo que sí, continúe con las preguntas 6 y 7)
Explique: _____
6. ¿Reportó la condición a su empleador? () Sí () No
7. ¿Espera usted recibir o se le han proporcionado beneficios de Indemnización al Trabajador? () Sí () No
Nota: Indemnización al Trabajador no es lo mismo que incapacidad del estado.

Firma del paciente: _____ Fecha: _____

Si tiene preguntas, por favor llame a nuestra Oficina de Servicio al Cliente al 702-733-9938, de lunes a viernes de 7:30am a 6pm.

Nota: No vamos a mandar otra solicitud pidiéndole esta información. Si no recibimos la información dentro de 45 días a partir de que usted recibía esta carta, el reclamo será negado y el proveedor le cobrará a usted. Si recibimos la información dentro de los 45 días, el reclamo será procesado durante los 15 días después de ser recibido.

Accident Inquiry



You may have gotten an Accident Inquiry form in the mail. Please fill this form out or the one you got in the mail.

Participant ID: _____ Patient Claim Number: _____

Participant Name: _____ Account Number: _____

Before this claim can be processed, we need answers to all of the following questions. Please fill out this questionnaire completely and bring in or mail it to:

Culinary Health Fund
1901 Las Vegas Blvd., South, Suite 107
Las Vegas, NV 89104

It's ok if you do not know the information in this box. You can skip it and complete the rest of the form.

The claim is for:

Provider: _____ Date of Service: _____

Service: _____ Dollar Amount: _____

1. When did the illness or injury occur? Date (MM/DD/YY): _____

2. Where did the illness or injury occur? _____

3. How did the illness or injury occur? _____

4. Is this illness or injury someone else's fault? () Yes () No

Explain: _____

5. Is your illness/injury related to your job duties at work? () Yes () No

(Explain below and if yes, continue to 6 and 7)

Explain: _____

6. Did you report the condition to your employer? () Yes () No

7. Do you expect to receive or have you been provided with Workers' Compensation Benefits? () Yes () No

Note: Workers' Compensation is not the same as state disability.

Patient Signature: _____ Date: _____

If you have any questions, please contact our Customer Service Office at 702-733-9938, Monday - Friday 7:30am - 6pm.

Note: We will not send another request for this information. If information is not received within 45 days of receipt of this letter, this claim will be denied, and you will be billed by your provider. If the information is received within 45 days, the claim will be processed within 15 days of receipt.