

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.