



1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

Estimado Participante,

Se nos ha informado que usted y/o su(s) dependiente(s) han estado involucrados en un accidente en el cual otra persona podría ser responsable por las lesiones recibidas. En este caso, la otra persona o su seguro podría tener que pagar algunos o todos sus gastos médicos. Por lo tanto, el Culinary Health Fund tiene el derecho legal de obtener reembolso por los gastos médicos que el Culinary Health Fund pagó por usted o su dependiente.

Por Ejemplo: Usted se encuentra en un auto parado ante un semáforo y otro auto le pega por detrás. Usted queda lesionado y recibe tratamiento médico. El Culinary Health Fund paga \$500.00 de sus gastos médicos. Usted presenta una reclamación o una demanda en contra de la compañía de seguros del chofer del otro auto, o a su propia compañía de seguros de auto. Usted recibe una compensación de \$2,000.00. Usted está obligado a reembolsar el Culinary Health Fund los \$500.00 que se pagaron por usted antes de su acuerdo.

El Culinary Health Fund está dispuesto a pagar sus gastos médicos ya sea que usted tenga o no intención de presentar una reclamación o demanda en contra de terceros. **Sin embargo, antes de que se pueda hacer cualquier pago, se tiene que COMPLETAR, FIRMAR y PRESENTAR a nuestra oficina el Acuerdo de Reembolso (si aplica) y la Declaración de Hechos adjuntos. Por favor complete cada área de la mejor manera posible.**

También complete y envíe el **Formulario de Autorización de HIPAA** (incluido), proporcione el **Reporte Policial / Incidente completo, la Página de Declaración de su seguro de automóvil y el Registro de pago médico agotado** (si corresponde).

Si tiene preguntas, favor de llamar a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938.

Atentamente,
Culinary Health Fund

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.

DECLARACIÓN DE HECHOS



Si usted necesita ayuda para completar este formulario, por favor llámenos al (702) 733-9938.

Nombre del Participante:	Nombre del Cónyuge:
No. de Seguro Social:	No. de Seguro Social del Cónyuge:

Yo, _____, con residencia en _____,
 (nombre) (número y calle)
 - _____, _____, _____,
 (ciudad) (estado) (código postal)
 solicito beneficios bajo el Plan como resultado de las lesiones recibidas el _____
 (fecha)

Preguntas (Por favor complete totalmente el formulario)

1	¿Qué tipo de accidente tuvo y que tipo de lesiones recibió?	
<hr/> <hr/>		
2	¿Alguno(s) de sus dependientes cubiertos estuvieron involucrados/lesionados en este accidente (de ser así, por favor proporcione sus nombres)?	
<hr/> <hr/>		
3	¿Cuál es el nombre, dirección, número de teléfono e información de seguro de la persona(s) que usted considera responsable por las lesiones, si lossabe?	
	Nombre de la Persona Responsable:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
	Compañía de Seguros:	Número de Póliza:
	Dirección:	
	Número de Teléfono:	Número de Reclamación:
4	¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, si usted tiene uno?	
	Nombre:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
5	Marque <u>UNO</u> de los siguientes:	
	<input type="checkbox"/> No tengo intenciones de presentar una reclamación ni una demanda en contra de la otra persona(s) ni su compañía de seguros ni ninguna otra compañía de seguros.	
	<input type="checkbox"/> Tengo intenciones de presentar una reclamación o demanda directa en contra de la otra persona(s) responsable y <u>no</u> deseo presentar una reclamación con el Fondo en este momento.	
	<input type="checkbox"/> Tengo intención de presentar una reclamación en contra de la persona(s) o su compañía de seguros u otra compañía de seguros. Por el momento, deseo que el Fondo procese mis reclamaciones médicas. <i>(Si usted marca esta respuesta, por favor lea el documento adjunto llamado "Visión General del Proceso de Reembolso". Usted también tiene que completar y presentar el Acuerdo de Reembolso adjunto antes de que se pueda procesar cualquier cuenta médica.)</i>	

Certifico que la información anterior es verdad y completa según mi leal saber y entender. Comprendo que proporcionar información falsa podría tener como consecuencia la negación de esta reclamación. También comprendo que si mi respuesta a la pregunta 5 cambia después de presentar este formulario, debo comunicarme con el Fondo y completar un Acuerdo de Reembolso si es aplicable.

Firma de la Persona Agraviada: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

Firma del Padre/Tutor: _____ **Fecha:** ____ / ____ / ____

(Si la persona agraviada es menor de edad)



1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

VISIÓN GENERAL DEL PROCESO DE REEMBOLSO

Si usted está presentando una reclamación o demanda en contra de cualquier otra persona(s), su compañía de seguros u otra compañía de seguros y desea que el Culinary Health Fund procese sus cuentas médicas antes de llegar a un acuerdo con la otra parte, usted también tiene que completar y firmar el Acuerdo de Reembolso adjunto antes de que el Culinary Health Fund procese cualquier cuenta médica. Si usted ha contratado un abogado, su abogado también tiene que firmar el Acuerdo de Reembolso antes de que el Culinary Health Fund procese cualquier cuenta médica. El proceso del Culinary Health Fund es el siguiente:

- Una vez que se hayan recibido la Declaración de Hechos y el Acuerdo de Reembolso, el Culinary Health Fund procesará sus cuentas médicas de acuerdo a las disposiciones del Plan. Si usted no presenta estos documentos al Culinary Health Fund, sus cuentas médicas serán negadas.
- Antes de llegar a un acuerdo acerca de su reclamación o demanda en contra de la otra parte, usted o su abogado deberá comunicarse con el Culinary Health Fund para obtener la cantidad total actual de gastos médicos pagados por el Culinary Health Fund para usted, para que esa cantidad pueda incluirse en sus negociaciones de acuerdo.
- Una vez que se ha llegado a un acuerdo acerca de su reclamación o demanda, usted o su abogado están obligados a reembolsar al Culinary Health Fund la cantidad pagada por el Culinary Health Fund para usted, de los fondos recibidos del acuerdo.
- Aunque el Culinary Health Fund espera recibir el reembolso total, podría haber ocasiones en las cuales la recuperación total no sea posible. En algunos casos, la cantidad de su acuerdo podría ser menor que la cantidad de gastos médicos pagados por el Culinary Health Fund. Al momento del acuerdo, el Plan exige que usted reembolse al Culinary Health Fund lo que sea la cantidad menor de: (1) la cantidad total de beneficios pagados hasta la fecha o (2) la cantidad total recuperada por usted. (Por ejemplo, si usted llega a un acuerdo de \$15,000 y el Fondo pagó \$30,000 por usted por gastos médicos relacionados, usted tiene la obligación de pagar sólo \$15,000).
- Además, los Administradores podrían reducir la cantidad que usted paga al Culinary Health Fund si existen circunstancias especiales tales como pérdida de salario, incapacidad, recuperación insuficiente u otros factores relacionados. Al llegar a un acuerdo acerca de su reclamación, si usted considera que el reembolso al Culinary Health Fund debería ser reducido, por favor presente una solicitud por escrito indicando las razones por las que usted considera que el reembolso al Culinary Health Fund debería ser reducido.

Si tiene preguntas, favor de llamar a la Oficina de Servicios al Cliente al 702-733-9938.

Atentamente,
Culinary Health Fund



1901 Las Vegas Blvd. So.
Suite 107
Las Vegas, Nevada 89104-1309
(702) 733-9938
www.culinaryhealthfund.org

ACUERDO DE REEMBOLSO

Éste Acuerdo de Reembolso es efectivo este ____ día de _____ del 202_ entre usted y UNITE HERE HEALTH (“Culinary Health Fund” o el “Plan”). Cuando usted firma este documento, o un representante firma por usted, éste se convierte en un acuerdo legalmente comprometedor entre usted y el Plan.

Usted y/o su dependiente fueron lesionados en un accidente o evento el _____ **[fecha]** a las _____ **[hora]** en _____ (el “Accidente”). Es posible que usted haya presentado una demanda o haya hecho una reclamación con relación al Accidente y es posible que usted tenga derecho a recibir compensación de una compañía de seguros u otra tercera parte por esas lesiones. El Plan acordará pagar los gastos médicos, de hospital, dentales, de cuidados de visión y otros gastos cubiertos, suyos o de su dependiente, que resulten de dicho Accidente (se llaman “Beneficios”). Al aceptar Beneficios del Plan, usted acuerda reembolsar al Plan por la cantidad total de dichos Beneficios como primera prioridad de la cantidad de cualquier compensación que usted reciba. Este Acuerdo está diseñado para ayudar al Plan a hacer cumplir su derecho de que usted le reembolse.

En consideración de Beneficios pagados (o a ser pagados) por el Plan en relación al Accidente, usted y/o su dependiente también acuerdan lo siguiente:

1. El Plan tendrá los primeros derechos de retención y subrogación, tal como se describen en el Plan y en este Acuerdo, en cuanto a la cantidad recobrada de otra persona (incluyendo una compañía de seguros) debido al Accidente (el “Derecho de Retención”). El Derecho de Retención aplicará ya sea que usted obtenga recursos por medio de un juzgado, un acuerdo o de otra forma (la “Recuperación”). La cantidad del Derecho de Retención será igual a lo que los Beneficios del Plan paguen con relación al Accidente, o, de ser menos, la cantidad total de la Recuperación. Es posible que el Plan informe a otras personas acerca de este Derecho de Retención y que lo presente según sea necesario para proteger sus derechos.
2. Usted acuerda reembolsar (asignar irrevocablemente) al Plan la cantidad de Recuperación igual a la cantidad del Derecho de Retención, y acuerda renunciar a todos los derechos opuestos al derecho del Plan de recibir reembolso. Usted no tomará ninguna acción que pudiese interferir con el derecho del Plan de hacer cumplir el Derecho de Retención. Usted no tendrá derecho de quedarse con ninguna porción de la Recuperación hasta que el Derecho de Retención del Plan haya sido totalmente pagado, y usted no reclamará ningún derecho de hacer deducciones ni ningún otro derecho de retener ninguna porción de la cantidad del Derecho de Retención.
3. Usted cooperará completamente con el Plan y hará lo que sea necesario para cumplir con el derecho del Plan de recibir reembolso según el Acuerdo, incluyendo proporcionar cualquier información y/o documentos solicitados, firmar y entregar cualquier asignación u otros documentos, avisar inmediatamente al Plan al empezar cualquier reclamación o demanda o negociación de acuerdo, o cualquier acuerdo.
4. El Plan tendrá el derecho de intervenir en cualquier demanda que incluye cualquier reclamación de recuperación relacionada al Accidente, y usted renuncia a todos y cualesquiera derechos de objetar dicha intervención. El Plan también tendrá el derecho de presentar demandas en contra de cualquier tercera parte a su nombre para recobrar la cantidad total del Derecho de Retención si usted elige no hacerlo, más sus gastos, costos y cuotas de abogados.
5. En caso de que la Recuperación sea pagada a su abogado u otro representante, se requerirá que ellos paguen al Plan la cantidad total del Derecho de Retención antes de distribuir la Recuperación a usted o cualquier otra persona o entidad. Su abogado indica su acuerdo con esto al firmar abajo.
6. Cualquier falla de cumplir con los requisitos de este Acuerdo o del Plan o sus Reglas y Reglamentos podría ser base de negación de cualesquiera beneficios pagables bajo el Plan ya sea que esos beneficios estén o no relacionados al Accidente (incluyendo futuras reclamaciones de beneficios para usted o sus dependientes).
7. Este Acuerdo de Reembolso constituye el acuerdo completo entre las partes y no puede ser enmendado ni modificado excepto por un escrito firmado por cada una de las partes.

Usted y/o su(s) representante(s) han leído y comprenden este Acuerdo, y han tenido oportunidad de discutir este Acuerdo y sus términos con un abogado o asesor.

SECCIONES DE EJECUTAR

Sección I: El Participante (Empleado Elegible) TIENE QUE completar la siguiente Sección de Ejecutar:

**Información del Participante
(Empleado Elegible)**

**Información Para el Abogado del Participante
(complete si el Participante estuvo en el Accidente)**

Nombre del Participante en Letra de Imprenta

Nombre del Abogado en Letra de Imprenta
 Marque aquí si no hay abogado

Teléfono del Participante

Teléfono del Abogado

Dirección del Participante

Dirección del Abogado

Firma del Participante Fecha

Firma del Abogado Fecha

Representante Fecha
(si el Participante está legalmente incapacitado)

Nombre el Testigo del Participante en Letra de
Imprenta o Firma del Representante

Firma del Testigo Fecha

Sección II: Complete la siguiente Sección de Ejecutar SÓLO si el Dependiente Elegible de un Participante (Empleado Elegible) está recibiendo Beneficios del Plan en relación al Accidente:

Información del Dependiente Elegible

Información para el Abogado del Dependiente Elegible

Nombre del Dependiente Elegible en Letra de Imprenta

Nombre del Abogado en Letra de Imprenta
 Marque aquí si no hay abogado

Teléfono del Dependiente Elegible

Teléfono del Abogado

Dirección del Dependiente Elegible

Dirección del Abogado

Firma del Dependiente Elegible Fecha

Firma del Abogado Fecha

Padre o Tutor Fecha
(si el Dependiente Elegible es menor de edad)

Representante Fecha
(si el Dependiente Elegible está legalmente incapacitado)

En Letra de Imprenta Nombre del Testigo del
Dependiente Elegible, Firma de Padre o Representante

Firma del Testigo Fecha

Instrucciones para Completar un Formulario de Autorización

Cómo autorizar al Culinary Health Fund para divulgar la información protegida de salud a una persona u organización.

IMPORTANTE – Usted tiene que completar todas las secciones numeradas del formulario. Si no lo hace, se le regresará el formulario para completarse. Si cualquiera de la información que usted proporcione no concuerda con los archivos del Fondo, podría regresársele el formulario para más información.

1. Información del Participante - *el Participante es el empleado (el asegurado)*

Escriba en letra de imprenta el número de seguro social del Participante, su nombre, fecha de nacimiento, dirección y número de teléfono. La información de la Autorización se comparará con la información de la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Participante.

2. Información del Paciente - *el Paciente es la persona que está dando permiso para divulgar la información de salud*

En letra de imprenta escriba el nombre, fecha de nacimiento, dirección, número de teléfono y su parentesco con el Participante. Si el Participante es el Paciente, puede marcar la casilla de “el Paciente es el mismo que el Participante”, y no tiene que completar la información restante de la Sección 2. La información del formulario de Autorización se comparará con la información de la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Paciente.

3. Persona u Organización que Recibirá la Información

Escriba en letra de imprenta el nombre de la persona u organización con quien usted (el paciente) está autorizando al Fondo a compartir su información de salud.

4. Información a ser Divulgada

Marque las casillas proporcionadas para tipos de información a ser divulgada. Puede marcar más de una casilla. Si está permitiendo “cualquiera y toda” información a ser divulgada, marque la casilla “Cualquiera y toda información”. Marque “otra” si desea ser más específico en cuanto a la información a ser divulgada, por ejemplo:

- Información acerca del tratamiento del Dr. Smith del 1 de mayo de 2002 al 5 de mayo de 2002;
- El pago de reclamaciones por todos los cuidados del 31 de marzo de 2002 al 15 de abril de 2002; o
- Las razones de la denegación de beneficios por servicios proporcionados el 24 de junio del 2002 en la clínica XYZ.

5. Propósito del Uso/Divulgación

Escriba una corta descripción de la razón de la autorización (ejemplo: “necesito ayuda con las reclamaciones”).

6. Vencimiento de la Autorización

Usted tiene que proporcionar una fecha de vencimiento en la cual la Autorización vencerá. Si no proporciona una fecha, la Autorización vencerá un año después de la fecha en que es firmada por el Paciente (o tutor legal).

7. Firma y Fecha

El Paciente (la persona indicada en el No. 2) tiene que firmar y poner la fecha en el formulario o este se considerará inválido. Si el paciente es menor de edad, el formulario deberá ser firmado por un padre de custodia o tutor legal. Si el formulario es firmado por un tutor legal u otro representante legal, el nombre de esta persona y su parentesco con el Paciente tiene que indicarse en la segunda línea.

Autorización para compartir la Información de Salud Protegida

Llene completamente para evitar retrasos	Enviar el formulario: Fax: (702) 733-0989 Por Correo: Culinary Health Fund, 1901 South Las Vegas Blvd., Suite 107, Las Vegas, NV 89104	Para obtener ayuda, llame al: (702) 733-9938
---	---	---

Marque uno: Soy el participante/miembro (tengo cobertura de seguro a través de mi trabajo)
 Soy un dependiente (soy familiar del participante/miembro y él/ella provee mi cobertura)

1: Información del Participante/Miembro

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	#SS o número de identificación del participante	Teléfono
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	

2: Información del Dependiente

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento	#SS o número de identificación del participante	Teléfono
Calle	Apto. #	Ciudad	Estado	Código Postal	

¿Cuál es el propósito de esta autorización? (marque uno):

A solicitud mía Para un propósito diferente _

Quiero que Culinary Health Fund discuta y/o divulgue mi información médica ó la información médica de mis dependientes a la persona u organización:

Persona/organización _____ Número de teléfono _

Relación conmigo (mi hermana, médico, abogado, etc.): _

Deseo que Culinary Health Fund comparta la siguiente información a la persona mencionada anteriormente (marque todos los que correspondan):

CUALQUIER y TODA la información Explicación de Beneficios Elegibilidad Inscripción
 Desglosamiento de Gravamen Apelación Otro_

Deseo que expire esta autorización (marque uno):

Hasta que yo la revoque En esta fecha (especifique): _

Cuando suceda el siguiente evento_

Si yo no marco una casilla, esta autorización expirará en un año.

Yo, _____, autorizo el uso o divulgación de mi información de salud como se describe anteriormente. He leído y comprendo el contenido de este formulario. Yo comprendo que Culinary Health Fund no puede controlar la información después de ser compartida. Yo comprendo que esta solicitud puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de pruebas, diagnósticos o procedimientos médicos. Yo comprendo que puedo revocar (cancelar) esta Autorización en cualquier momento al notificar por escrito al Oficial de Privacidad de Culinary Health Fund, pero la revocación no afectará la información ya compartida. Si yo revoco esta Autorización, no se compartirá información adicional, excepto cuando la ley lo permita o lo requiera. Estoy firmando este formulario voluntariamente. Firmar este formulario no cambia mi capacidad para obtener tratamiento, pago, inscripción o elegibilidad para beneficios con Culinary Health Fund. **Al firmar y fechar este formulario, estoy permitiendo que el Culinary Health Fund comparta mi información de salud/la información de salud de mis dependientes con la persona u organización mencionada anteriormente.**

3: Firma y Fecha REQUERIDAS

Firma de la persona que autoriza que se comparta la información de salud	Fecha			
Escriba su nombre en letra de molde	Relación con el Participante/Miembro	Estado	Código Postal	
For Office Use Only	Date Received	Received By	Copy Mailed On	Copy Given to Patient On