

## APPEALS QUICK GUIDE

Under new government rules, the Appeals Committee has a limited time to make a decision on your appeal. To make sure the Appeals Committee sees all information on your appeal, we're asking for your help in providing as much information as possible. If we do not already have this information, you can ask your doctor to send it to us, or you can send it and/or bring it in with your appeal. The Appeals Committee will still have to make a decision even if this information is not included with your appeal, or if it comes in after your appeal has been already been reviewed.

If your appeal is related to:	The additional supporting documentation needed is:
1. Cosmetic Services	Doctor office notes; operative report (if applicable).
2. Healthy Pregnancy Benefit	OB flowchart – OB doctor will have this.
3. Late Filing	Proof of timely submission of claim filing such as provider proof of billing, faxed copies, etc.
4. Mammogram	Mammography report. Doctor office notes from the requesting physician.
5. Maximum Benefit	Office notes from performing provider and requesting doctor balance bills.
6. No Prior Authorization	Complete medical records from doctor requesting services. You should first appeal through Nevada Health Solutions (NHS). If NHS denies the appeal, it will then be appealed through the Culinary Health Fund. Please attach a copy of the NHS denial letter.
7. Non-Covered Service or Supply (Medical or Dental)	Complete Medical records from doctor requesting services; referral, and prescription for service(s) or supply. Also, balance bill.
8. Non-PPO/PPO to Non-PPO Referral	Chart notes from Non-PPO provider; chart notes from the referring doctor, if there was one.
9. Out of Country	Complete medical records from provider. Itemized bill.
10. Prior Authorization	Complete medical records from doctor requesting services. You should first appeal through Nevada Health Solutions (NHS). If NHS denies the appeal, it will then be appealed through the Culinary Health Fund. Please attach a copy of the NHS denial letter.
11. TMJ/Dental	Treatment plan and fee schedule from provider. You should first appeal through Nevada Dental Benefits (NDB). If NDB denies the appeal, it will then be appealed through the Culinary Health Fund. Please attach a copy of the NDB denial letter.

**NOTE:** If you are requesting reimbursement for services that you paid directly, you must submit all receipts, or proof of payment, in order to be reimbursed if your appeal is approved.

## GUÍA RÁPIDA DE APELACIONES

De acuerdo a las nuevas reglas gubernamentales, el Comité de Apelaciones tiene un tiempo limitado para llegar a una decisión en cuanto a su apelación. Para estar seguros de que el Comité de Apelaciones vea toda la información de su apelación, estamos pidiendo su ayuda en proporcionar la mayor cantidad posible de información. Si todavía no tenemos esta información, usted puede pedirle a su doctor que nos la envíe, o usted puede enviarla y/o traerla junto con su apelación. El Comité de Apelaciones aún tendrá que llegar a una decisión si esta información no está incluida con su apelación, o es presentada después de que su apelación ha sido revisada.

Si su apelación es acerca de:	La documentación adicional de apoyo necesaria es:
1. Servicios Cosméticos	Notas del doctor; reporte de operación (si aplica).
2. Beneficio de Embarazo Sano	Hoja clínica del Ginecólogo – él la tendrá
3. Presentación Atrasada	Prueba de presentación de reclamación a tiempo tal como cuentas de proveedores, copias de fax, etc.
4. Mamografía	Reporte de mamografía. Notas clínicas del médico solicitante.
5. Beneficios Máximos	Notas clínicas del proveedor y del médico solicitante.
6. Falta de Autorización Previa	Récords completos del doctor que solicitó los servicios. Usted debe apelar primero con Nevada Health Solutions (NHS). Si NHS rechaza la apelación, esta misma será presentada al Culinary Health Fund. Debe adjuntar una copia de la carta de rechazo de NHS.
7. Servicio o Artículos Médicos No Cubiertos (Médico o Dental)	Récords completos del doctor que solicitó los servicios; referencias y receta para los servicios o artículos médicos. Además del balance de cuentas.
8. Referido de No-PPO/PPO a No-PPO	Notas clínicas del proveedor No-PPO; notas del doctor que refirió, si lo hubo.
9. Fuera del País	Récords médicos completos del proveedor. Detalle de cuenta.
10. Autorización Previa	Récords completos del doctor que solicitó los servicios. Usted debe apelar primero con Nevada Health Solutions (NHS). Si NHS rechaza la apelación, esta misma será presentada al Culinary Health Fund. Debe adjuntar una copia de la carta de rechazo de NHS.
11. TMJ/Dental	Plan de tratamiento y de pago del proveedor. Usted debe apelar primero con Nevada Dental Benefits (NDB). Si NDB rechaza la apelación, esta misma será presentada al Culinary Health Fund. Debe adjuntar una copia de la carta de rechazo de NDB.

**NOTA:** Si usted está solicitando reembolso por servicios que usted pagó directamente, usted tiene que presentar todos los recibos, o comprobantes de pago, para que se le reembolse si la apelación es aprobada.

En español al dorso

Culinary Health Fund  
**APPEAL REQUEST**

FOR OFFICE USE ONLY

IT# \_\_\_\_\_

APPEAL # \_\_\_\_\_

**SECTION 1: PARTICIPANT INFORMATION**

NAME OF PARTICIPANT: \_\_\_\_\_

PATIENT NAME: \_\_\_\_\_ RELATIONSHIP TO PARTICIPANT: \_\_\_\_\_

ADDRESS: \_\_\_\_\_ CITY: \_\_\_\_\_ STATE: \_\_\_\_\_ ZIP: \_\_\_\_\_

SOCIAL SECURITY NUMBER: \_\_\_\_\_ TELEPHONE NUMBER: \_\_\_\_\_ E-MAIL ADDRESS: \_\_\_\_\_

NAME OF EMPLOYER: \_\_\_\_\_ OCCUPATION: \_\_\_\_\_

LANGUAGE PREFERENCE: ☐ English ☐ Spanish ☐ Other \_\_\_\_\_

**SECTION 2: SELF-PAY APPEAL**

☐ 1<sup>st</sup> SELF-PAY APPEAL ☐ HAVE PREVIOUSLY FILED A SELF-PAY APPEAL ☐ OTHER \_\_\_\_\_

DATE SELF-PAYMENT WAS DUE: \_\_\_\_\_

**Skip to SECTION 4 (sign and date) AND SECTION 5 (your explanation of what happened) to complete your appeal.**

**SECTION 3: CLAIM APPEAL**

☐ MEDICAL ☐ DENTAL ☐ VISION ☐ LOSS OF TIME ☐ OTHER \_\_\_\_\_

NAME OF THE PROVIDER(S) OF SERVICE FOR THE CLAIM BEING APPEALED: \_\_\_\_\_

DATES OF SERVICE FOR THE CLAIM BEING APPEALED: \_\_\_\_\_

CLAIM NUMBER (IF KNOWN), OR YOU MAY ATTACH A COPY OF THE EXPLANATION OF BENEFITS FOR THE CLAIM(S) BEING APPEALED:

**PLEASE SIGN AND DATE SECTION 4 AND  
PROVIDE AN EXPLANATION OF WHAT HAPPENED IN SECTION 5 (PAGE 2)**

**SECTION 4: MUST sign and date at the bottom**

By submitting this appeal, I am requesting that the Culinary Health Fund (Fund) reconsider its previous claim/payment determination. I understand that to consider my appeal, the Fund may require access to information regarding my condition, including admittance and discharge papers, patient history, assessments, treatment plans, all physician-dictated reports, reports of operation, consultation reports, radiology reports (x-ray reports), cardiology reports, pathology reports, all laboratory tests, and toxicology reports, diagnosis and/or prognosis as to subsequent or future developments, treatment plans, progress notes, nurses' notes, medication records, and billing statements.

By my signature below, I acknowledge that the Fund may use and disclose health information for purposes of deciding my appeal, and I consent to healthcare providers disclosing the information requested by the Fund.

Signature of Employee or Patient  
(if Dependent Patient is under eighteen (18) years of age or is  
incapacitated, Parent or Guardian must sign)

Date

Relationship to the Employee

RETURN COMPLETED FORM TO:

CULINARY HEALTH FUND

REGRESE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107  
LAS VEGAS, NV 89104-1309  
(702) 733-9938

[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)

REVISED 08/16

English on the other side

Culinary Health Fund  
**SOLICITUD DE APELACIÓN**

FOR OFFICE USE ONLY

IT# \_\_\_\_\_

APPEAL # \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE**

NOMBRE DEL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PACIENTE: \_\_\_\_\_ PARENTESCO AL PARTICIPANTE: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN: \_\_\_\_\_ CIUDAD: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_ CÓDIGO POSTAL: \_\_\_\_\_

NO. DE SEGURO SOCIAL: \_\_\_\_\_ NO. DE TELÉFONO: \_\_\_\_\_ CORREO ELECTRÓNICO: \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL EMPLEADOR: \_\_\_\_\_ OCUPACIÓN: \_\_\_\_\_

PREFERENCIA DE IDIOMA: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 2: APELACIÓN DE AUTO-PAGO**

☐ 1ra APELACIÓN DE AUTO-PAGO ☐ ANTERIORMENTE PRESENTÉ UNA APELACIÓN DE AUTO-PAGO ☐ OTRO \_\_\_\_\_

FECHA EN QUE SE DEBÍA EL AUTO-PAGO \_\_\_\_\_

**Vaya a la SECCIÓN 4 (firme y ponga la fecha) y a la SECCIÓN 5 (su explicación acerca de lo que pasó) para completar su apelación.**

**SECCIÓN 3: APELACIÓN DE RECLAMACIÓN**

☐ MÉDICA ☐ DENTAL ☐ VISIÓN ☐ PÉRDIDA DE TIEMPO ☐ OTRO \_\_\_\_\_

NOMBRE DEL PROVEEDOR(ES) DEL SERVICIO POR EL CUAL SE ESTÁ APELANDO LA RECLAMACIÓN: \_\_\_\_\_

FECHAS DE SERVICIO DE LA RECLAMACIÓN APELADA: \_\_\_\_\_

NÚMERO DE LA RECLAMACIÓN (SI SE SABE) O USTED PUEDE ADJUNTAR UNA COPIA DE LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS DE LA(S) RECLAMACIÓN(ES) APELADA: \_\_\_\_\_

**FAVOR DE FIRMAR Y PONER LA FECHA EN LA SECCIÓN 4 Y PROPORCIONAR UNA EXPLICACIÓN DE LO QUE PASÓ EN LA SECCIÓN 5 (PÁGINA 2)**

**SECCIÓN 4: TIENE QUE firmar y poner la fecha abajo**

Al presentar esta apelación estoy solicitando que el Culinary Health Fund (Fondo) reconsidere su previa determinación de pago/reclamación. Comprendo que para considerar mi apelación, el Fondo podría necesitar acceso a información acerca de mi condición, incluyendo papeles de internación y dada de alta, historial de paciente, evaluaciones, planes de tratamiento, todos los reportes médicos, reportes de operaciones, reportes de consultas, reportes de radiología (reportes de rayos X), reportes de cardiología, reportes de patología, todas las pruebas de laboratorio, diagnósticos y/o pronóstico acerca de futuros desarrollos, planes de tratamiento, notas de progreso, notas de enfermeras, récords de medicinas, y cuentas.

Por mi firma abajo doy mi consentimiento para que el Fondo use y divulgue información de salud para propósitos de decidir mi apelación y doy mi consentimiento para que los proveedores de cuidados de salud proporcionen la información solicitada por el Fondo.

Firma del Empleado o Paciente  
(si el paciente dependiente es menor de 18 años o está incapacitado, el padre o tutor tiene que firmar)

Fecha

Parentesco al Participante

RETURN COMPLETED FORM TO:

CULINARY HEALTH FUND

REGRESE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107  
LAS VEGAS, NV 89104-1309  
(702) 733-9938

[www.culinaryhealthfund.org](http://www.culinaryhealthfund.org)

REVISED 08/16

PLEASE ADDRESS YOUR EXPLANATION TO THE CHAIRMAN OF THE LEGAL COMMITTEE, AND IN YOUR OWN WORDS EXPLAIN (a) THE REASON YOU ARE APPEALING, (b) WHAT YOU ARE APPEALING, AND (c) WHAT YOU WANT DONE. IF YOU PREFER, YOU CAN ATTACH A SEPARATE LETTER EXPLAINING YOUR APPEAL.

POR FAVOR DIRIGA SU EXPLICACIÓN AL PRESIDENTE DEL COMITÉ LEGAL Y EN SUS PROPIAS PALABRAS EXPLIQUE (A) LA RAZÓN POR LA CUÁL USTED ESTÁ APELANDO, (B) QUÉ ES LO QUE ESTÁ APELANDO, Y (C) QUÉ QUIERE QUE SE HAGA. SI USTED PREFIERE PUEDE ADJUNTAR UNA CARTA SEPARADA EXPLICANDO SU APELACIÓN.

This image shows a blank sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

REVISÉD 08/16