

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

☐ 1st 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 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:
REGRESE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107

REVISED 3/10/08

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 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:
REGRESE EL FORMULARIO COMPLETADO A:

CULINARY HEALTH FUND
1901 LAS VEGAS BLVD. SOUTH SUITE 107

REVISED 3/10/08

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.

Dear Chairman of the Legal Comité / Estimado Presidente del Comité Legal:

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.