



1901 Las Vegas Blvd. So.  
Suite 107  
Las Vegas, Nevada 89104-1309  
(702) 733-9938  
[www.culinaryhealthfund.org](http://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.**

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](http://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 200\_\_ entre usted y el Fondo de Bienestar de la Unión Internacional de Empleados de Hoteles y de Restaurantes (“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 en 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.





## DECLARACIÓN DE HECHOS

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

<b>Nombre del Participante:</b>	<b>Nombre del Cónyuge:</b>
<b>No. de Seguro Social:</b>	<b>No. de Seguro Social del Cónyuge:</b>

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)

<b>1</b>	<b>¿Qué tipo de accidente tuvo y que tipo de lesiones recibió?</b>	
<b>2</b>	<b>¿Alguno(s) de sus dependientes cubiertos estuvieron involucrados/lesionados en este accidente (de ser así, por favor proporcione sus nombres)?</b>	
<b>3</b>	<b>¿Cuál es el nombre, dirección, número de teléfono e información de seguro de la persona(s) que usted considera responsable por las lesiones, si los sabe?</b>	
	Nombre de la Persona Responsable:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
	Compañía de Seguros:	Número de Póliza:
	Dirección:	
	Número de Teléfono:	Número de Reclamación:
<b>4</b>	<b>¿Cuál es el nombre, dirección y número de teléfono de su abogado, si usted tiene uno?</b>	
	Nombre:	Número de Teléfono:
	Dirección:	
<b>5</b>	<b>Marque <u>UNO</u> de los siguientes:</b>	
	<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 Culinary Health Fund 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 Culinary Health Fund procese mis reclamaciones médicas. <small>(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.)</small>	

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 Culinary Health Fund y completar un Acuerdo de Reembolso si es aplicable.

**Firma de la Persona Lastimada:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**Firma del Padre/Tutor:** \_\_\_\_\_ **Fecha:** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
(Si la persona lastimada es menor de edad)

# Instrucciones para Completar el Formulario de Autorización

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

**IMPORTANTE** - Usted debe completar todas las secciones numeradas en el formulario. Si no lo hace, o si la información que usted nos ofrece no coincide con la información en los archivos del Fondo, la Autorización le será devuelta para más información.

## 1. Información del Participant - *el Participante es el empleado (la persona asegurada)*

Escriba el número del seguro social del Participante, nombre, fecha de nacimiento, domicilio y número de teléfono. La información en la Autorización será comparada con la información que tiene la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Participante.

## 2. Información del Paciente - *el Paciente es la persona quien está otorgando el permiso para que su información médica sea divulgada.*

Escriba el nombre del Paciente, fecha de nacimiento, domicilio, número de teléfono y la relación que tiene con el/la Participante. Si el Participante es el mismo Paciente, usted puede marcar el cuadrado que está al lado de donde dice "El Paciente es el mismo Participante", y usted ya no tendrá que completar el resto de la Sección 2. La información en la Autorización será comparada con la información que tiene la Oficina del Fondo para verificar la identidad del Paciente.

## 3. Persona u Organización que recibirá la Información

Escriba el nombre de la persona u organización a la que usted (el Paciente) le dió autorización al Fondo para que comparta su información médica.

## 4. Información Que Será Divulgada

Marque los cuadrados para la información que será divulgada. Usted puede marcar más de un cuadrado. Si usted da autorización para que "cualquier y toda" información sea divulgada, marque el cuadrado que dice "cualquier y toda información". Marque "otra" si quiere ser más detallado sobre la información que desea compartir, por ejemplo:

- Información acerca de el tratamiento con el Dr. Smith desde el 1 de mayo del 2002, al 5 de mayo del 2002;
- Los pagos de reclamos médicos desde el 31 de marzo del 2002 al 15 de abril del 2002 o
- Los motivos por los rechazos de servicios médicos el 24 de junio del 2002 en la Clínica XYZ

## 5. Propósito de la Divulgación

Una corta descripción con el motivo de la autorización (ejemplo: "necesito ayuda con un reclamo").

## 6. Vencimiento de la Autorización

Usted debe estipular una fecha de vencimiento de la Autorización. Si usted no estipula una fecha, la Autorización vencerá al año de la fecha en que fue firmada por el Paciente (o el guardián legal).

## 7. Firma y Fecha

El/la Paciente (la persona detallada en #2) debe firmar y fechar el formulario o será considerado inválido. Si el/la Paciente es un menor, el formulario debe ser firmado por el padre/madre con custodia o el guardián legal. Si el formulario es firmado por un guardián legal, u otro representante legal, el nombre de esta persona y la relación con el/la Paciente deben ser detallados en la segunda línea.



## Autorización para Divulgar Información Protegida de Salud

**ESCRIBA EN FORMA CLARA CON LETRAS DE MOLDE Y COMPLETE TODAS LAS SECCIONES**

<b>① INFORMACIÓN DEL PARTICIPANTE (Empleado)</b>	Número de Seguro Social o N° de Identificación del Fondo	
Apellido	Nombre	Inicial segundo nombre
Calle		N° de apartamento
Ciudad		Estado
Código postal		Teléfono (incluir código de área) (      )
<b>② INFORMACIÓN DEL PACIENTE – persona a la que corresponde la información protegida de salud que se va a divulgar</b>		
<input type="checkbox"/> <b>EL PACIENTE ES EL PARTICIPANTE</b> (Si tilda este casillero, no tiene que incluir los datos del paciente)		
Nombre completo del paciente	Relación con el Participante (empleado)	Fecha de nacimiento (mes/día/año)
Edad	Calle	N° de apartamento
Ciudad, Estado, Código postal		Teléfono (incluir código de área) (      )
<b>③ PERSONA U ORGANIZACIÓN QUE RECIBE LA INFORMACIÓN – (SOLAMENTE UNA PERSONA U ORGANIZACIÓN POR AUTORIZACIÓN)</b>		
Nombre de la persona u organización	Relación con el Paciente	Teléfono (incluir código de área) (      )
<b>④ INFORMACIÓN A SER DIVULGADA – AUTORIZO LA DIVULGACIÓN DE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN DE SALUD (MARQUE ✓ TODO LO QUE CORRESPONDA):</b>		
<input type="checkbox"/> Elegibilidad <input type="checkbox"/> Apelación <input type="checkbox"/> Reclamos <input type="checkbox"/> Inscripción <input type="checkbox"/> Cuentas doctor y hospital <input type="checkbox"/> <b>Q</b> Cualquier y toda información		
<input type="checkbox"/> Otra – debe especificar si elige: _____		
<b>⑤ PROPÓSITO DEL USO /DIVULGACIÓN - ESTA AUTORIZACIÓN TIENE EL SIGUIENTE PROPÓSITO (SOLAMENTE MARQUE ✓ UNA DE LAS DOS OPCIONES):</b>		
<input type="checkbox"/> A mi pedido <input type="checkbox"/> Otro propósito (describa acá): _____		
<b>⑥ EXPIRACIÓN – ESTA AUTORIZACIÓN VENDE - (ESCOJA UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES):</b>		
<b>Escoja una de las siguientes opciones:</b>	<input type="checkbox"/> Hasta la revocación	<b>Si no incluye ninguna fecha ni evento, esta Autorización vencerá cuando de cumpla un año de la fecha de la firma de la misma por el Paciente (o tutor legal).</b>
	<input type="checkbox"/> En la fecha siguiente: _____ (mes/día/año)	
	<input type="checkbox"/> Cuando se produzca el siguiente hecho: _____	
<p>Por la presente, autorizo el uso o la divulgación de la información de salud descrita anteriormente ante la persona u organización cuyo nombre se menciona. Entiendo que el Fondo de Bienestar de HEREIU no puede controlar la información una vez que la misma ha sido divulgada. Entiendo que este pedido puede incluir cualquier informe, correspondencia, resultados de análisis, diagnósticos o procedimientos médicos. Entiendo que puedo revocar esta Autorización en cualquier momento notificando al Funcionario de Privacidad del Fondo por escrito, pero la revocación no tendrá efecto sobre la información que ya se ha divulgado. Si revoco esta Autorización, no se divulgará ninguna otra información adicional, salvo cuando esté autorizado o requerido por la ley. Si no firmo este formulario de Autorización, no se modificarán mis posibilidades de recibir tratamiento, pagos, inscripción, o elegibilidad para los beneficios en el Fondo de Bienestar de HEREIU.</p>		
<b>⑦ FIRMA DEL PACIENTE Y FECHA – EL PACIENTE (O TUTOR LEGAL) DEBE FIRMAR Y FECHAR LA AUTORIZACIÓN PARA QUE TENGA VALIDEZ:</b>		
Firma del <b>Paciente</b> (la persona incluida en ② arriba) o tutor legal		Fecha
Nombre en letras de molde		Relación con el Paciente
.....OFFICE USE ONLY.....		
Date Received	Received by	Date Copy of Written Authorization Mailed to Patient