

ACCIDENT INQUIRY

Date: _____

Participant Name: _____

Participant ID: _____

Patient Name: _____

Before this claim can be processed, we need answers to all of the following questions. Please fill out this questionnaire completely and return it to us in the enclosed envelope at the address above.

The claim is for:

< Insert physician name/Date of Service/Dollar amount >

1. When did the illness or injury occur? Date (MM/DD/YY): _____
2. Where did the illness or injury occur? _____
3. How did the illness or injury occur? _____
4. Is this illness or injury someone else's fault () Yes () No
Explain? _____
5. Is your illness/injury work related? () Yes () No
(If yes, continue to answer questions 6 and 7.)
6. Did you report the condition to your employer? () Yes () No
If yes, to whom? _____
7. Do you expect to receive or have you been provided with Workers' Compensation Benefits? () Yes () No

Note: Workers' Compensation is not the same as state disability.

If you have any questions, please contact our customer service office at 733-9938, Monday – Friday 8am – 6pm.

Note: We will not send another request for this information. If information is not received within 45 days of receipt of this letter, this claim will be denied, and you will be billed by your provider. If this information is received within 45 day, the claim will be processed within 15 days of receipt.

Patient Signature: _____

ACCIDENT LETTER (SPANISH)-SB

Antes de que esta cuenta sea procesada, necesitamos respuestas a todas las siguientes preguntas. Por favor llenar este cuestionario completamente y devuélvalo en el sobre adjunto a la dirección anterior.

La reclamación es de:

< Insert physician name/Date of Service/Dollar amount >

1. ¿Cuándo ocurrió la enfermedad o la lesión? Fecha (mes/día/año) _____
2. ¿Dónde ocurrió la enfermedad o la lesión? _____
3. ¿Cómo ocurrió la enfermedad o la lesión? _____
4. ¿Es esta enfermedad o lesión la culpa de otra persona? () No () Sí
Si la respuesta es sí, explique: _____
5. ¿Es su enfermedad/lesión relacionada con el trabajo? () No () Sí
(si la respuesta es sí, continúe respondiendo a las preguntas 6 y 7).
6. ¿Usted pidió compensación legal por accidentes de trabajo en conjunto con su patrón por esta lesión/enfermedad? () No () Sí
Si la respuesta es sí, ¿Con quién? _____ Fecha _____
7. Usted espera recibir, o ha sido proporcionado con, los beneficios de la compensación legal por accidentes de trabajo por esta lesión/enfermedad? () No () Sí
(Nota: La compensación legal por accidentes de trabajo no es lo mismo que la incapacidad del estado.)

Si usted tiene preguntas, por favor, llame a nuestra oficina del servicio al cliente al teléfono: 733-9938, Lunes – Viernes 8 AM – 6 PM.

Nota: No enviaremos otra solicitud pidiendo esta información. Si la información no es recibida dentro de 45 días de recibir esta carta, esta reclamación será rechazada y su proveedor le cobrará a usted. Si la información se recibe dentro de 45 días, la reclamación será procesada dentro de 15 días de recibirse.