

Westchester Medical Center
PO Box 350
Plainview, NY 11803-0350
Ph # (516) 454-0700
Fax# (516) 454-6274

Date _____

Patient Name: _____

Account # _____

Dear Patient:

Please notify your employer of this Workers' Compensation injury immediately. Your employer should provide you with the necessary information to process this bill.

Workers' Compensation must pay this bill before your health insurance will consider payment. Therefore, do not forward your health insurance information.

If you have any questions regarding the completion of this form, please contact us or have your employer contact us at (516) 454-0700.

Please return this information to our office within **14 days**.

You can also provide this information online at the following address
@ <http://www.tritechhcm.com/insurance-information.html>

Thank you in advance for your prompt response regarding your claims,
Workers' Compensation Billing Unit

Patient Name: _____

Account No.: _____

Employer Information

Employer Name: _____

Address: _____

Phone No.: _____

Date of Accident: _____

Workers' Compensation Information

Ins. Co Name: _____

Address: _____

Policy No.: _____

Claim No.: _____

Employer: If you are treating this injury as a first aid case, please enclose your payment with this stub.

Westchester Medical Center
PO Box 350
Plainview, NY 11803-0350
PH# 516-454-0700
FAX# 516-454-6274

Fecha _____

Nombre Del Paciente: _____

Direccion Del Paciente y Telefono: _____

Fecha Del Servicio: _____

Estimados Pacientes:

Por favor notificar a su patrono del accidente inmediatamente. Su patrono debera proveer la informacion necesaria. Complete y devuelva este formulario.

La Compensacion de los Trabajadores debe pagar esta cuenta , antes de que su seguro medico considere el pago. Por la tanto no debe dar su informacion de seguro medico.

Para preguntas sobre este formulario llamar al telefono 516-454-0700

Usted Tambien puede proveer esta informacion en linea, visitando el siguiente sitio web.

<http://www.tritechhcm.com/insurance-information.html>

Condialmente.

Departamento de facturacion

Nombre Del Paciente: _____

Numero De Cuenta: _____

Informacion Del Patrono:

Nombre Del Patrono: _____

Direcion: _____

Numero De Telefono: _____

Fecha Del Accidente: _____

**Informacion De Compensacion
De Trabajadores.**

Nombre de la Compania _____

Direccion: _____

Numero De Poliza: _____

Numero De Reclamacion: _____

Patrono Si usted toma este accidente como un caso de primeros auxilios, por favor Incluir su pago con este formulario.