

Seguro de enfermedades y accidentes para estudiantes

INSTRUCCIONES PARA PRESENTAR RECLAMOS

PARA PADRES/TUTORES LEGALES (o estudiantes de edad legal)



Términos y condiciones de cobertura

Antes de que ocurra una lesión o enfermedad o tan pronto como sea posible posteriormente, familiarícese con los términos y condiciones de la cobertura, los cuales incluyen: qué actividades están cubiertas; beneficios; exclusiones; requisitos y limitaciones; fechas límite importantes, etc. Puede encontrarlos en las pólizas que se encuentran en los archivos de las autoridades escolares, en folletos impresos que se usan para asegurar la cobertura, en línea o poniéndose en contacto con nosotros directamente al (800) 827-4695.



Formulario de reclamos e informe

Informe inmediatamente al personal escolar sobre lesiones relacionadas con la escuela proporcionando la mayor cantidad de detalles que sea posible.

Solicite a la escuela un formulario de reclamo de Seguro de enfermedades y accidentes para estudiantes y pídale a una autoridad competente de la escuela que llene la Parte A del formulario DE MANERA COMPLETA Y LEGIBLE. Si la lesión que va a informar no está relacionada con la escuela, puede llenar usted mismo la Parte A. Solo se requiere un formulario de reclamo por lesión o enfermedad.

Llene DE MANERA COMPLETA Y LEGIBLE la Parte B (los campos faltantes causarán demoras), proporcione las firmas donde se soliciten, escriba la fecha y entréguelo a nuestra oficina junto con sus facturas detalladas y las Explicaciones de beneficios (Explanations of Benefits, EOB) de cualquier otro plan de seguro o plan de salud aplicable.

TÉNGALO EN CUENTA: El formulario de reclamo que se encuentra en la próxima página debe completarse en inglés. Llame a nuestra oficina si necesita ayuda.



Encontrar un proveedor de atención médica

Usted tiene la libertad de llevar a su hijo a cualquier proveedor de salud autorizado adecuadamente pero los gastos directos pueden reducirse si se hace atender con proveedores contratados de *First Health Network* o *First Choice Health Network* (solo WA). Puede encontrar proveedores contratados en www.firsthealth.com (800) 226-5116 o en www.fchn.com (800) 231-6935. Si su hijo también tiene cobertura a través de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) sepa que los beneficios de muchos de nuestros planes generales pagados por la escuela pueden reducirse si usted busca servicios fuera de la red que no estén autorizados previamente por su HMO. Esta limitación potencial de beneficios no se aplica a ninguno de nuestros planes adquiridos individualmente y no se aplica a la atención de emergencia.



Cuando pida atención

Proporcione a la persona encargada de la facturación/admisión del proveedor la información de su seguro médico principal (si corresponde).

Si usted adquirió uno de nuestros planes individuales para su hijo, presente su tarjeta de identificación de seguro estudiantil. Si su hijo está cubierto por un plan general pagado por la escuela, hágaselo saber a la persona encargada de la facturación e identifique la escuela o el distrito escolar. En cualquier caso, explique que la cobertura de su hijo es un “seguro secundario de gastos médicos por accidente” o un seguro de accidente y enfermedad y que NO es lo que a veces se denomina un seguro de “terceros”. Su hijo es el asegurado.

Pídale a la persona encargada de facturación que añada a Myers-Stevens & Toohey a su sistema como pagador y que directamente nos envíe (¡preferiblemente!) las facturas detalladas que se describieron anteriormente o que le envíe las mismas facturas para que nos las reenvíe a nosotros. Informarle al proveedor que le está asignando beneficios puede ayudar a facilitar el proceso. Si tiene problemas, comuníquese con nosotros y con gusto lo ayudaremos.



Si su hijo tiene otro seguro o cobertura de salud

Presente un reclamo ante ese plan primario (excepto Medicaid) y envíenos copias de su “Explicación de beneficios” o “EOB (Explanation of Benefits)” una vez procesado.



Qué necesitamos de parte de los proveedores que atienden a su hijo*

Con el fin de evaluar su reclamo y proporcionarle beneficios, necesitaremos facturas completamente detalladas de cualquier proveedor que lo haya atendido. Estos formularios son el HCFA 1500 o el CMS 1500 si son de proveedores tales como médicos y el formulario UB04 de instalaciones tales como hospitales y centros quirúrgicos. Contienen la siguiente información requerida:

- Fecha(s) de servicio
- Códigos de diagnóstico: informan qué problema tiene su hijo
- Cargos facturados
- Códigos de procedimiento o ingresos: nos informan qué se hizo para evaluar o tratar el problema
- Número de identificación fiscal del proveedor: necesario para emitir los formularios W-9 cuando se asignan beneficios a proveedores
- Identificador de proveedor nacional (National Provider Identifier, NPI): necesario para cumplir con las regulaciones federales

NOTA: No podemos recibir “resúmenes” de parte de proveedores, Explicaciones de beneficios del plan de salud primario ni recibos de pago en lugar de las facturas detalladas requeridas según se describió anteriormente.

**Si usted tiene Kaiser, solicite “resúmenes de cortesía” de los Servicios para Miembros de Kaiser que incluyan la información mencionada anteriormente. Asegúrese de que la documentación presentada indique qué parte de los cargos, si los hubiere, está obligado a pagar de su propio bolsillo.*



Pasos finales

Envíe: 1) Formulario de reclamo completo; 2) Facturas detalladas; 3) EOB de otro seguro o plan de salud (cuando corresponda) a:

MYERS-STEVEN & TOOHEY
Atención: Claims Department
26101 Marguerite Parkway, Mission Viejo, CA. 92692

0

Fax: (949) 348-9350

0

Correo electrónico: claimsinfo@myers-stevens.com

STUDENT ACCIDENT & SICKNESS INSURANCE CLAIM FORM

PART A		SCHOOL/PARISH STATEMENT				(Parent or legal guardian may complete Part A if injury is not school/parish-related)																													
NAME OF CLAIMANT		FIRST		MI		LAST		AGE		GRADE		<input type="checkbox"/> FEMALE <input type="checkbox"/> MALE		DATE OF BIRTH																					
														MO DAY YR																					
ADDRESS OF CLAIMANT																CITY				STATE				ZIP CODE											
IS THE CLAIMANT A:																ID # FROM ID CARD (If applicable)																			
<input type="checkbox"/> STUDENT <input type="checkbox"/> STAFF <input type="checkbox"/> VOLUNTEER <input type="checkbox"/> OTHER _____																																			
NAME OF SCHOOL/PARISH																NAME OF DISTRICT, DIOCESE OR OTHER SCHOOL SYSTEM																			
SCHOOL/PARISH MAILING ADDRESS																CITY				STATE				ZIP CODE				SCHOOL CONTACT EMAIL ADDRESS							
DURING WHAT ACTIVITY DID THE INJURY OCCUR?																<input type="checkbox"/> INTERSCHOLASTIC PRACTICE <input type="checkbox"/> INTERSCHOLASTIC GAME <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/> CLASSROOM <input type="checkbox"/> PLAYGROUND <input type="checkbox"/> TRAVEL <input type="checkbox"/> AT HOME <input type="checkbox"/> FIELD TRIP <input type="checkbox"/> RELIGIOUS EDUCATION <input type="checkbox"/> CONFIRMATION <input type="checkbox"/> YOUTH MINISTRY <input type="checkbox"/> YOUNG ADULT MINISTRY <input type="checkbox"/> CYO <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> OTHER _____																			
WAS THE CLAIMANT PARTICIPATING IN A SPORT NOT SCHOOL/PARISH-SPONSORED AND SUPERVISED? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, LIST NAME OF SPORTS ORGANIZATION: _____																TYPE OF SPORT: _____				DOES THE SCHOOL/PARISH HAVE ANY RECORD OF ANY HEALTH COVERAGE FOR THE CLAIMANT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If YES, name of plan: _____															
DATE OF INJURY/SICKNESS				TIME OF INJURY				WHAT PART AND/OR AREA OF THE BODY WAS INJURED?				<input type="checkbox"/> RIGHT <input type="checkbox"/> LEFT				HAS THE CLAIMANT SUFFERED FROM SAME OR SIMILAR CONDITION BEFORE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				IF YES, WHEN?															
				A.M. / P.M. (Circle One)				(Additional details may be provided below)																											
PROVIDE DETAILS ON HOW AND WHERE THE INJURY OR ILLNESS OCCURRED. PLEASE BE SPECIFIC																																			
NAME AND TITLE OF SUPERVISING OFFICIAL AT TIME OF INJURY												WAS HE/SHE A WITNESS TO THE ACCIDENT?												DATE SCHOOL/PARISH WAS NOTIFIED											
												<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																							
NAME AND TITLE OF OFFICIAL COMPLETING FORM												SIGNATURE								DATE SIGNED								SCHOOL/PARISH TELEPHONE NUMBER							
												X																							

PART B		PARENT OR LEGAL GUARDIAN INFORMATION																																					
NAME OF CLAIMANT'S PRIMARY PHYSICIAN										ADDRESS										PHONE NUMBER																			
IS THE CLAIMANT COVERED, DIRECTLY AND/OR AS A DEPENDENT UNDER ANY OTHER INSURANCE OR HEALTH PLAN(S)?										<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO										POLICY NUMBER(S)										IS THE CLAIMANT A MEDICARE BENEFICIARY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO									
IF YES, NAME OF PLAN(S)																																							
NAME OF CLAIMANT'S EMPLOYER (if applicable)										ADDRESS										PHONE NUMBER																			
NAME OF FATHER OR LEGAL MALE GUARDIAN										EMAIL ADDRESS										MOBILE TELEPHONE NO.										HOME TELEPHONE NO.									
ADDRESS										CITY										STATE										ZIP CODE									
NAME OF EMPLOYER										<input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Unemployed										WORK TELEPHONE																			
ADDRESS OF EMPLOYER										CITY										STATE										ZIP CODE									
NAME OF MOTHER OR LEGAL FEMALE GUARDIAN										EMAIL ADDRESS										MOBILE TELEPHONE NO.										HOME TELEPHONE NO.									
ADDRESS										CITY										STATE										ZIP CODE									
NAME OF EMPLOYER										<input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Unemployed										WORK TELEPHONE																			
ADDRESS OF EMPLOYER										CITY										STATE										ZIP CODE									
AUTHORIZATION: I hereby authorize any School, Participating Organization, Policyholder, trust, employer, insurance company, health plan, medical/dental provider or other person or entity to release any information/documentation needed to process this claim to Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. (MST) or its insuring company when requested by them to do so. This may include but is not limited to: details of the reported loss; identification of witnesses and supervisors; verification of other insurance or health coverage; coverage terms; explanations of benefits; complete health records including those involving mental/emotional disorders and substance abuse; prescription drug history and fully itemized bills in the form of CMS/HCFR 1500s and UB04s. If the claim is reportedly the result of participating in a School, Participating Organization or Policyholder activity, I authorize MST to share information concerning this claim as necessary with representatives of the School, Participating Organization or Policyholder as applicable. I understand that the authorization to release claim-related information/documentation to MST will terminate two years from the date of signature unless terminated in writing on an earlier date by me. A photo static/digital copy of this authorization shall be considered as valid and effective as the original.																																							
NAME										RELATIONSHIP TO CLAIMANT										SIGNATURE X										DATE									
ASSIGNMENT OF BENEFITS: I authorize the payment of benefits directly to the provider(s) of services and/or supplies associated with this claim.																																							
NAME										RELATIONSHIP TO CLAIMANT										SIGNATURE X										DATE									
FRAUD WARNING: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other persons, files a statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime, subject to criminal prosecution and/or civil penalties. I have read and acknowledge the General Fraud Warning above and the specific version for my state on the reverse side.																																							
NAME										RELATIONSHIP TO CLAIMANT										SIGNATURE X										DATE									

ADVERTENCIAS DE FRAUDE ESPECÍFICAS DEL ESTADO

Alabama: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta al resarcimiento, multas o la reclusión en prisión, o cualquier combinación de estos.

Alaska: Una persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro está sujeta a sanciones penales y civiles.

Arkansas, Louisiana, Rhode Island, West Virginia: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a reclusión en prisión.

California: Para su protección, la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en este formulario: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas hechos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir el encarcelamiento, multas, la denegación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione hechos o información falsos, incompletos o engañosos a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o laudo pagadero de los ingresos del seguro será denunciada a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.

Delaware: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen el encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa relacionada materialmente con un reclamo.

Florida: Cualquier persona que intencionalmente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presenta una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

Hawái: Para su protección, la ley de Hawái requiere que se le informe que presentar un reclamo fraudulento para el pago de una pérdida o un beneficio es un delito castigado con multas o reclusión, o ambos.

Idaho: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Indiana: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar a una aseguradora, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa, incompleta o engañosa comete un delito grave.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otras personas, presente una declaración de reclamo en la que figure una información materialmente falsa, o que oculte información con el fin de tergiversar, así como información que oculte algún hecho material de esta, comete un acto de seguro fraudulento, que constituye un delito y está sujeto a procesamiento penal y/o a sanciones civiles.

Maine, Tennessee, Virginia, Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o una denegación de beneficios de seguro.

Maryland: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas o intencionalmente presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y a reclusión en prisión.

Minnesota: Una persona que presenta un reclamo con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

New Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompleta o engañosa está sujeta a procesamiento y castigo por fraude de seguro según lo dispuesto en la sección 638.20 de los Estatutos Revisados Anotados (Revised Statutes Annotated, R.S.A.).

Nueva Jersey: Cualquier persona que a sabiendas presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Nuevo México: Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas civiles y sanciones penales.

Nueva York: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otras personas, presente una declaración de reclamo en la que figure una información materialmente falsa, o que oculte información con el fin de tergiversar, o información que oculte algún hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que constituye un delito y además estará sujeta a una sanción civil que no exceda de \$5,000 y el valor declarado del reclamo por cada violación.

Ohio: Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o presente un reclamo que contiene una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.

Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente cualquier reclamo por los ingresos de una póliza de seguro que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.

Pensilvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otras personas, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo en la que figure una información sustancialmente falsa, o que oculte información con el fin de engañar, o información que oculte algún hecho material, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.



26101 Marguerite Parkway, Mission Viejo, CA 92692-3203
Office (800) 827-4695 • Fax (949) 348-9350 • claims@myers-stevens.com
CA License #0425842

Underwritten by: ACE American Insurance Company (Federal Insurance Company in New Mexico)

CHUBB®



First Choice Health
PPO Network - WA