

Cómo presentar una reclamación

1. Complete este formulario de dentro de los 90 días.
2. Ajuste las facturas detalladas y declaración aseguradora primaria
3. Envíelos a: BMI Benefits, LLC. PO Box 511, Matawan, NJ 07747 800-445-3126 (P) 732-583-9610 (F)



CUALQUIER PERSONA QUE CON CONOCIMIENTO Y / O CON INTENCIÓN DE AGRAVIAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA ASEGURADORA O/A OTRA PERSONAS PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO QUE CONTenga INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, PUEDE SER CULPABLE DE FRAUDE DE SEGUROS Y SUJETO A SANCIONES CIVILES Y PENALES SUSTANCIAL.

Esta parte debe ser completada y firmada por un oficial de la póliza o el reclamo no puede procesarse/
This part must be completed and signed by an official of the policyholder or the claim cannot be processed

PART 1A: POLICYHOLDER

Escuela /School Dinuba Unified School District		Policy # BAH 3000273 0817	
Dirección de Escuela/School Mailing Address 1327 E El Monte Way		Ciudad, estado, código postal/City, State, Zip Dinuba, CA 93618	
La persona lesionada : Nombre/ Injured Person's Name		Fecha de Nacimiento/Birth Date	Masculino/Male <input type="checkbox"/> Femenino/Female <input type="checkbox"/>
Fecha de la lesión/ Date of Injury	Tiempo/Time	Tipo de la parte/ Type of Sport	Deportiva del cuerpo lesionada/ Part of Body Injured
Designación Sport/Accident Type: Intercolegiales/Interscholastic <input type="checkbox"/> Practique/Practice Juego/PE Class <input type="checkbox"/> Otros/Other <input type="checkbox"/>			
En el momento de la lesión, fue el heridos involucrados en una actividad patrocinada y supervisada por el titular de la póliza? At the time of the injury, was the injured involved in an activity sponsred and supervised by the policyholder?			SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Nombre del Supervisor/Name of Supervisor		Fue él / ella un testigo del accidente? / Was he/she a witness to the accident? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	
Firma del Supervisor /Signature of Supervisor/Official		Oficial Título/Title	Fecha/Date

PARTE 1 B: DATOS DE LA PERSONA HERIDA

NUMERO DE SEGURO SOCIAL DE LA PERSONA HERIDA debe incluirse como REQUERIDA POR EL CENTRO DE MEDICARE SERVICIOS

Número de Seguro Social de la persona lesionada
Dirección de la casa de la persona lesionada (calle, ciudad, estado, código postal)
Se utiliza la persona lesionada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, por favor, rellene la sección A infra.
Se casó con la persona lesionada? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Nombre del cónyuge
Se emplea el Esposo? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo, por favor, rellene la sección B infra
Está usted cubierto por cualquier otra póliza de seguro, ya sea como dependiente, grupo, individuo, automóvil médica o pasivo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo: Nombre de la Póliza de Seguro _____ # de póliza: _____

INFORMACIÓN DEL PADRE

Padre / Guardián Nombre	Madre / Guardián Nombre
Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)	Dirección (calle, ciudad, estado, código postal)
Teléfono de la casa	Teléfono de la casa
Tiene empleo el Padre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tiene empleo la Madre? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

SECCIÓN A (ASEGURADO / PADRE)

SECCIÓN B (ESPOSO / MADRE)

Empleador	Empleador		
Dirección (Calle, City, Estado, Código postal)	Dirección (Calle, Ciudad, Estado, Código postal)		
Teléfono del trabajo	Teléfono del trabajo		
Compañía de Seguros	# de póliza	Compañía de Seguros	# de póliza

INFORMACIÓN MÉDICA AUTORIZACIÓN CESIÓN DE BENEFICIOS:

Por este medio autoriza a proporcionar, a petición de y para beneficios de IMC, LLC o de las compañías de aseguramiento con las que trabaja, la información que pudieran poseer; incluyendo los resultados y el tratamiento prestado, los rayos X y las copias de todos los hospitales y los registros médicos, los ocasionados por los servicios profesionales y la atención hospitalaria prestados en mi nombre. La autorización anterior se concede en el entendimiento de que todos los derechos legales que pueden normalmente tener a exigir la comunicación entre nosotros es tan privilegiada Quedan renunciado expresamente y voluntariamente. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como la original. PAGO SE REALIZARÁ A LOS PROVEEDORES DE SERVICIO (hospital, médico y otros), A MENOS QUE UN RECIBO PAGADO O DECLARACIÓN acompaña a la factura en el momento de presentar la reclamación.

Reclamante o de la persona autorizada Firma	Fecha
---	-------

BOB MCCLOSKEY INSURANCE / BMI BENEFITS, L.L.C

Instrucciones para presentar un reclamo

Bob McCloskey Insurance proporciona beneficios de seguro a atletas/estudiantes para el tratamiento de lesiones físicas resultantes de accidentes cubiertos, según se especifica en nuestra póliza. Por favor remítase el folleto de su escuela o a la póliza maestra para ver los términos de cobertura completos.

FORMULARIO DE RECLAMO

- (1) Este formulario de reclamo debe llenarse por completo y ser firmado por el funcionario escolar apropiado. Por favor asegúrese de incluir información detallada del accidente, datos sobre la parte del cuerpo lesionada y sobre cómo ocurrió la lesión y el deporte específico. Se requiere un formulario de reclamo separado (Parte 1A) para cada lesión.
- (2) Por favor pídale al estudiante/padre que llene completamente la Parte 1B de nuestro formulario de reclamo (Información sobre el padre / el asegurado). Recomendamos que la historia médica y la información de seguro de los padres se llene antes de participar en cualquier actividad deportiva o de atletismo. Por favor archive esta información en su oficina. Si su institución proporciona sus propios formularios de información de seguro de los padres, por favor adjunte una copia llenada a nuestro formulario de reclamo. Si no existe evidencia de otro seguro válido y cobrable, de todos modos debemos recibir el formulario completamente llenado antes de que se pueda considerar el pago de un beneficio.
- (3) Si el estudiante no tiene contacto con ninguno de sus padres, por favor indíquelo en la Parte 1B. Los estudiantes independientes de sus padres deben escribir una carta corta indicando esta información. La carta debe ser firmada y fechada por el estudiante.
- (4) Por favor pídale al estudiante que firme y feche la porción del formulario de reclamo que dice "Autorización de información médica / Cesión de beneficios".

FACTURAS DESGLOSADAS

- (1) Adjunte copias desglosadas (detalladas) de todas las facturas pertinentes, incluyendo las que sean inferiores a cualquier deducible que pueda tener su plan. Además, incluya las facturas pagadas parcial o totalmente por otro seguro. No se aceptarán las facturas que solo indiquen "Saldo restante" o "Saldo impago". Los formularios 1500 de HCFA son ejemplos de facturas desglosadas (facturación médica) y los formularios UB 92 y UB 04 (facturación de hospitales).
- (2) Una factura desglosada indica el nombre completo y dirección postal del prestador de servicios, el tipo de servicio, la fecha de los servicios, los honorarios/las tarifas cobrados y el diagnóstico. Solicitaremos la información que falte al prestador de servicios. Para asegurar un procesamiento veloz, por favor asegúrese de que la factura y las declaraciones de seguro que se presenten sean para el mismo artículo. Usted recibirá una copia de toda la correspondencia. No dude en ofrecerle nuestro número telefónico gratuito a cualquier prestador de servicios que desee comunicarse con nosotros.
- (3) Cuando envíe facturas adicionales o cualquier otra declaración de seguro, por favor identifique el nombre de su escuela y el nombre del estudiante/atleta lesionado.

OTRA INFORMACIÓN DE SEGURO

- (1) Su institución ha comprado un plan de seguros que proporciona beneficios en exceso de los gastos que no paga o que son pagaderos por otros seguros válidos o cobrables. Sin este plan, el costo del seguro para estudiantes/atletas sería prohibitivo.
- (2) Junto con la factura desglosada, incluya una copia de la declaración de explicación de beneficios de la otra empresa de seguro. Si el otro seguro deniega una parte de los beneficios o su totalidad, necesitaremos una copia de la denegación que muestre la razón por la que se denegaron los gastos. (Incluya la parte de adelante y de atrás de la explicación de beneficios cuando sea necesario.)
- (3) Si el estudiante no está cubierto por ningún otro seguro cobrable a través del lugar de empleo del estudiante o de sus padres, solicitaremos una carta del empleador apropiado para verificar que no existe ninguna otra cobertura. El estudiante también puede proporcionar una carta en papel con membrete de los empleadores necesarios para verificar que no existe cobertura en el momento en el que se presenta el reclamo.

BENEFICIOS HMO/PPO¹

- (1) Si un atleta/estudiante lesionado posee estos tipos de planes de seguro, recomendamos que lo deriven a su médico de cabecera o que se obtenga una autorización que permita usar un proveedor que no esté dentro de la red cuando sea posible. De no ser posible usar la red o si se deniega el pago de beneficios, deberá proporcionarnos la declaración escrita de la denegación.

**BMI Benefits, LLC
PO Box 511
76 Main Street
Matawan, NJ 07747
Teléfono: 800-445-3126
Fax: 732-583-9610**

¹ HMO = Plan de salud administrada - PPO = Organización con proveedores preferidos