Re: Lesiones y Seguros de Estudiantes
Año Escolar 2025-2026

Estimado Padre/Tutor legal:

La seguridad de nuestros estudiantes es de vital importancia para todos nosotros y queremos protegerlos de lesiones. Aun así, los accidentes ocurren (en la escuela y en otros lugares) y la atención médica requerida puede ser costosa. Tenga en cuenta que su escuela **no** asume responsabilidad por dichos costos, pero le ofrece acceso a varios planes de seguro contra accidentes para estudiantes para la compra voluntaria. Los detalles se pueden encontrar en el folleto o formulario de inscripción adjunto.

Disponemos de diferentes opciones para la cobertura de su hijo las 24 horas del día, los 7 días de la semana en cualquier parte del mundo, o puede limitar la cobertura solo a lesiones que ocurran en la escuela. Los planes no restringen su elección de médicos u hospitales. Sin embargo, también tendrá acceso a una amplia red de proveedores con tarifas con descuento. La búsqueda de atención a través de proveedores contratados puede reducir aún más sus gastos directos, en especial si su hijo necesita cirugía u hospitalización.

También se ofrece el *Plan de accidentes y enfermedades para estudiantes* de pago por uso, que cubre enfermedades y lesiones dentro y fuera de la escuela. El plan de *Accidentes dentales* puede resultar especialmente útil para los estudiantes más jóvenes ya que a menudo se posterga el tratamiento final de los dientes lesionados hasta que los estudiantes se hacen mayores.

Beneficios de emergencia comunes: Independientemente del nivel de beneficio seleccionado, todos los planes médicos de accidentes y el *Plan de accidentes y enfermedades para estudiantes* cubrirán los cargos elegibles para *ambulancia, sala de emergencias y médico de la sala de emergencias* al 100% de los cargos usuales, habituales y razonables (Habitual, Consuetudinario y Razonable, HCR) hasta los límites del plan.

Beneficios mejorados para conmociones cerebrales calificadas: Si un estudiante asegurado sufre una conmoción cerebral mientras participa en cualquier actividad cubierta y, en consecuencia, es retirado de la participación en su deporte interescolar según los protocolos formales de conmoción cerebral de la escuela, entonces se renuncia a cualquier deducible o característica dentro del límite del plan y los cargos elegibles para la evaluación y el tratamiento de la conmoción cerebral se pagan al 100% de los cargos UCR sujeto a los términos y condiciones restantes de la póliza.

Deportes interescolares: Tenga en cuenta que todos los planes ofrecidos (que no sean el Plan de accidentes dentales) pueden utilizarse para cumplir con los requisitos de seguro estatales y locales aplicables para participar en deportes interescolares (la cobertura para fútbol americano de escuela secundaria se ofrece de forma independiente).

Se le recomienda encarecidamente que revise de forma detenida la información proporcionada. Si su hijo ya tiene cobertura de salud, los planes de seguro estudiantil que se ofrecen también pueden utilizarse para ampliar su elección de proveedores y ayudar a cubrir los deducibles altos y las obligaciones de participación en los costos del 30% al 40% impuestas por muchos planes de salud en la actualidad.

Para inscribirse, visite www.myers-stevens.com; las instrucciones de inscripción están disponibles en el sitio web. Su hijo es elegible para inscribirse en cualquier momento, las tarifas de pago único para los planes médicos de accidentes y el Plan de accidentes dentales son las mismas independientemente de la fecha de inscripción. Como tal, se le recomienda considerar la inscripción ahora para incluir la cobertura para este verano y el año escolar 2025-2026 completo. Una vez que el procesamiento se haya completado, se le enviará a su hogar una tarjeta de Id. que acredita la cobertura.

Si tiene alguna pregunta sobre las coberturas disponibles, o necesita ayuda con la inscripción, llame a Myers-Stevens & Toohey al (800) 827-4695. Disponemos de representantes bilingües para los padres que necesiten asistencia en español.

Atentamente,

Risk Management Department

Conejo Valley Unified School District

2025–2026

Accidente estudiantil y Seguro de enfermedad

Inscríbase en línea en www.myers-stevens.com





Arranged and Administered by

myers | stevens | toohey

642.VOL-NBP_MB-Spanish
AK/AZ/CA/IL/IN/KS/MO/NV



POR QUÉ EL SEGURO CONTRA ACCIDENTES PARA ESTUDIANTES ES MÁS IMPORTANTE AHORA QUE NUNCA

Los gastos inesperados de atención médica pueden ser un problema grave para las familias. Este seguro puede ayudar a aliviar los costos inesperados asociados a un accidente o lesión.

¡MYERS-STEVENS & TOOHEY PUEDE AYUDARLO!

Nuestros planes pueden ampliar la selección de proveedores para su hijo y ayudar a cubrir los coseguros y deducibles de alto costo y otras. Para ayudarlo durante emergencias imprevistas y ayudar a expandir su elección de proveedor, su escuela se ha asociado con nosotros para ofrecer cobertura voluntaria para accidentes o enfermedades.

CON NUESTROS PLANES:

- Puede usar el médico u hospital que desee, sin restricciones.
- Se mejoró el beneficio para conmoción cerebral.
- La inscripción es fácil y puede hacerse por Internet, correo postal y fax.
- Cada afiliado recibe tarjetas de identificación personalizada como prueba de cobertura.



Nuestro mejor plan 4

Nuestros Planes de Cobertura de Accidentes 5

Compare los planes 5

Beneficios del Plan de Cobertura de Accidentes 6

Planes adicionales y beneficios 7

Cómo inscribirse 8

Preguntas frecuentes 9

Cómo presentar un reclamo 9

Exclusiones y limitaciones 10

NUESTRO MEJOR PLAN



Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes

En estos tiempos difíciles, nos complace ofrecer a sus estudiantes cobertura las 24 horas en cualquier lugar del mundo para lesiones **Y enfermedades**.

Máximo de $50,000 por enfermedad **Máximo de $200,000 por accidente**

Deducible (desapareciendo*) de $50 por afección



En estos planes pueden inscribirse los estudiantes (grados P-12). Cubre lesiones y enfermedades sufridas que comiencen en cualquier parte del mundo, las 24 horas del día, mientras el estudiante esté asegurado bajo este plan del Año Escolar (incluidos los deportes interescolares, **excepto fútbol americano de la escuela secundaria**). Este plan no cubre la atención de rutina o preventiva.

NOTA: La participación en campamentos o clínicas comerciales podría estar cubierta bajo este plan.

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día que Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. (denominada, en este documento, *la Compañía*) recibe un formulario de inscripción completado y el pago de la prima.

La cobertura finaliza a las 11:59 p. m. del último día del mes para el que se ha realizado el pago. La cobertura puede continuar por hasta 12 meses calendario, o hasta el 30 de septiembre de 2026, lo que ocurra primero, siempre que se efectúen los pagos requeridos.

1.er pago: $208

(Cubre el resto del mes en el que usted se inscribe y 1 mes adicional) Pagos subsiguientes: $169 por mes, facturados cada 2 meses.

Beneficios del plan

Solo pagaremos los beneficios por las lesiones cubiertas sufridas o las enfermedades cubiertas que comiencen mientras el asegurado esté bajo este plan del año escolar. Los beneficios pagaderos se basarán en los cargos usuales, habituales y razonables incurridos por los servicios médicos y dentales, según se define en la póliza, y están sujetos a las exclusiones, los requisitos y las limitaciones. No pagamos por servicios ni suministros a menos que sean necesarios desde el punto de vista médico y estén enumerados en la Descripción de beneficios a continuación. Los beneficios aplicables exigidos por el estado de residencia se incluirán en los gastos cubiertos.

Puede llevar a su hijo a cualquier proveedor de su elección; sin embargo, si busca tratamiento a través de un proveedor contratado de *First Health*, se pueden reducir sus gastos directos; consulte la página 10 para ver detalles. Para encontrar a los proveedores médicos participantes de *First Health* que están más cerca de usted, llame al 800-226-5116 o ingrese en www.myfirsthealth.com.

GASTOS CUBIERTOS	MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS
Habitación y comida de hospital: Tarifa de la habitación semiprivada	**80 %**
Gastos hospitalarios suplementarios	**80 % hasta $4,000/día**
Unidad de cuidados intensivos	**80 %**
Sala de emergencias del hospital (sala y suministros)	**100 %**
Cargos por médico de la sala de emergencias	**100 %**
Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios (habitación y suministros)	**80 % hasta $5,000**
Examen y tratamiento médico no quirúrgicos/Telemedicina (excepto la terapia física) Incluye la consulta (cuando está derivado por el médico tratante)	**80 %**
Servicios del cirujano	**80 %**
Servicios del asistente del cirujano	**80 %**
Servicios del anestesista	**80 %**

GASTOS CUBIERTOS	MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS
Fisioterapia (se incluyen las consultas relacionadas) cuando lo indica un médico	**80 % hasta $2,000**
Pruebas diagnósticas, exámenes de radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas	**80 %**
Ambulancia (desde el lugar donde se produce una emergencia hasta el hospital directamente)	**100 %**
Servicios del personal de enfermería registrado y procedimientos de laboratorio	**80 %**
Aparatos y dispositivos ortopédicos de rehabilitación	**80 %**
Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios (solo para lesiones)	**80 %**
Servicios dentales (incluidas radiografías dentales) para el tratamiento debido a un accidente cubierto	**80 %**
Reemplazo de anteojos (para el reemplazo de los marcos o cristales de anteojos dañados a causa de un accidente cubierto que requiera tratamiento médico)	**100 % hasta $750**
Empeoramientos o nueva lesión de una lesión existente	**$500**

Pueden encontrarse beneficios adicionales a este plan en la página 7.

*Puede estar a cargo de otro seguro primario.

NUESTROS PLANES DE COBERTURA DE ACCIDENTES*

Las primas para estos planes se pagan únicamente UNA VEZ para todo el año escolar.



Plan de Cobertura de Accidentes de Tiempo Completo 24/7

- ✓ Tanto dentro como fuera de la escuela
- ✓ Las 24 horas del día, los 7 días de la semana
- ✓ Cualquier lugar del mundo
- ✓ Mientras participe en todos los deportes interescolares **(excepto fútbol americano de escuela secundaria)**

NOTA: Los estudiantes (grados P-12) y los empleados de la escuela pueden inscribirse en estos planes. La participación en campamentos o clínicas comerciales podría estar cubierta bajo estos planes.

	Alto	Bajo	
Niveles de beneficios:			
Tarifas por año escolar:	**$328**	**$225**	*Compare estos niveles en la página 6.*

Los Planes de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar cubren lesiones:

- ✓ En las instalaciones escolares durante el horario y los días en los que se dictan clases normales en la escuela, incluida una hora inmediatamente antes y una hora después de las clases normales, mientras se permanezca continuamente en las instalaciones escolares.
- ✓ Mientras participan en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela**, o asisten a ellas, incluidas actividades atléticas interescolares y fútbol de primavera que no sea de contacto **(excepto fútbol americano interescolar de escuela secundaria)**
- ✓ Mientras viajan en forma directa y sin interrupciones de ida y vuelta entre su residencia y la escuela para asistencia regular; o entre la escuela y un lugar fuera del campus para participar en actividades patrocinadas y directamente supervisadas por la escuela, siempre que los viajes sean organizados por la escuela y estén bajo su dirección; y mientras viajan en vehículos de la escuela en cualquier momento.

NOTA: En estos planes, pueden inscribirse los estudiantes (grados P-12). La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo estos planes. Consulte los planes "De Tiempo Completo 24/7".

	Alto	Bajo	
Niveles de beneficios:			
Tarifas por año escolar:	**$79**	**$53**	*Compare estos niveles en la página 6.*

Los Planes de Cobertura de Accidentes por Fútbol Americano Interescolar de Escuela Secundaria cubren lesiones:

- ✓ Causadas por accidentes que ocurren durante prácticas o juegos de actividades de fútbol americano interescolar en escuelas secundarias que están directamente patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluidas las prácticas de primavera y la preparación de verano, el entrenamiento de pesas y la liga de paso
- ✓ Durante viajes por juegos de fútbol americano en vehículos escolares o viajes directos y sin interrupción entre la escuela y el sitio ubicado fuera de recinto escolar para realizar este tipo de actividades siempre que el viaje esté organizado y bajo la supervisión de la escuela.

NOTA: En estos planes pueden inscribirse los estudiantes (grados 9-12). La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo estos planes. Consulte los planes "De Tiempo Completo 24/7".

	Alto	Bajo	
Niveles de beneficios:			
Tarifas por año escolar:	**$339**	**$235**	*Compare estos niveles en la página 6.*

Pueden encontrarse beneficios adicionales a estos planes en la página 7.

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que la Compañía recibe el formulario completo y el pago de la prima.

La cobertura finaliza

- ***De Tiempo Completo (24/7)*** a las 12:01 a. m. del día en que la escuela comienza las clases programadas regularmente del año escolar 2026-2027.
- ***Horario Escolar*** y ***Fútbol Americano Interescolar de Escuela Secundaria*** a las 11:59 p. m. de la fecha de cierre de las clases regulares para el año escolar 2025-2026.

¿QUÉ PLANES SE ADAPTAN MEJOR A SUS NECESIDADES?

	Cubre enfermedad 24/7 en cualquier parte del mundo	Cubre accidentes en la escuela, excepto fútbol americano de los grados 9-12	Cubre accidentes 24/7 en cualquier lugar del mundo, excepto fútbol americano de los grados 9-12	Cubre Fútbol Americano Interescolar de los grados P-8	Cubre Fútbol Americano Interescolar de los grados 9-12
Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes	✓	✓	✓	✓	
Plan de Cobertura de Accidentes de Tiempo Completo 24/7		✓	✓	✓	
Plan de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar		✓		✓	
Plan de Fútbol Americano Interescolar de Escuela Secundaria					✓

*Los planes no constituyen una cobertura de seguro médico integral (con frecuencia denominada "cobertura médica principal") y no satisfacen la obligación individual de una persona de garantizar el requisito de cobertura esencial mínima en virtud de la Ley de Cuidado de Salud a Bajo Precio (Affordable Care Act, ACA).

** Consulte las Definiciones en la página 10 para obtener más detalles sobre "Actividades escolares"

BENEFICIOS DEL PLAN DE ACCIDENTES: ¿CUÁL OPCIÓN SE ADAPTA MEJOR A SUS NECESIDADES?

Solo pagaremos los beneficios por las lesiones cubiertas sufridas mientras el asegurado esté bajo este plan del Año Escolar. Los beneficios pagaderos se basarán en los cargos usuales, habituales y razonables incurridos para servicios médicos y dentales, según se define en la póliza, y están sujetos a las exclusiones, los requisitos y las limitaciones. No pagamos por servicios ni suministros a menos que sean necesarios desde el punto de vista médico y estén enumerados en la Descripción de beneficios a continuación. Los beneficios aplicables exigidos por el estado de residencia se incluirán en los gastos cubiertos.

Puede llevar a su hijo a cualquier proveedor de su elección; sin embargo, si busca tratamiento a través de un proveedor contratado de *First Health*, se pueden reducir sus gastos directos; consulte la página 10 para ver detalles. Para encontrar a los proveedores médicos participantes de *First Health* que están más cerca de usted, llame al 800-226-5116 o ingrese en www.myfirsthealth.com.

Niveles de beneficios cubiertos	**Opción baja**	**Opción alta**
Nombre del plan	***MÁXIMOS POR ACCIDENTE***	
Plan de Cobertura de Accidentes de Fútbol Americano	$25,000	$75,000
Plan de Cobertura de Accidentes de Tiempo Completo 24/7	$50,000	$150,000
Plan de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar	$25,000	$75,000
Deducible (desapareciendo*) por afección	$100	$0
Gastos cubiertos	***MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS***	
Habitación y comida de hospital: tarifa de la habitación semiprivada	80 %	100 %
Cargos varios del hospital para pacientes internados	80 % hasta $2,000/día	90 % hasta $3,000/día
Unidad de cuidados intensivos	80 %	100% hasta $5,000/día
Sala de emergencias del hospital (habitación y suministros)	100 %	
Cargos por médico de la sala de emergencias	100 %	
Procedimientos quirúrgicos para pacientes ambulatorios (habitación y suministros)	80 % hasta $2,500	90 % hasta $5,000
Examen y tratamiento médico no quirúrgicos/Telemedicina (excepto la terapia física) Incluye la consulta (cuando está derivado por el médico tratante)	80 %	90 %
Servicios del cirujano	80 %	90 %
Servicios del asistente del cirujano	80 %	90 %
Servicios del anestesista	80 %	90 %
Fisioterapia (se incluyen las visitas al consultorio relacionadas), cuando lo indica un médico	80 % hasta $500	90 % hasta $2,000
Pruebas diagnósticas, exámenes de radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas	80 %	100 %
Ambulancia (desde el lugar donde se produce una emergencia hasta el hospital directamente)	100 %	
Servicios del personal de enfermería registrado y procedimientos de laboratorio	80 %	100 %
Aparatos y dispositivos ortopédicos de rehabilitación	80 %	100 %
Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios (solo para lesiones)	80 %	90 %
Servicios dentales (incluidas las radiografías dentales) hecho necesario por Lesión a dientes completos, sanos y naturales para Tratamiento debido a un Accidente cubierto	80 %	90 %
Reemplazo de anteojos (para el reemplazo de los marcos o cristales de anteojos dañados a causa de un accidente cubierto que requiera tratamiento médico)	100 % hasta $750	100 % hasta $1,000
Empeoramientos o nueva lesión de una lesión existente	$500	

*Puede estar a cargo de otro seguro primario.



Incluso si su hijo tiene otra cobertura, nuestros planes pueden ampliar la selección de proveedores y pueden usarse para ayudar con los gastos no cubiertos y los requisitos de costos compartidos (por ejemplo, grandes deducibles, coseguro y copagos) comunes a muchos planes de salud en la actualidad.



PLANES ADICIONALES



Plan de Accidentes Dentales (máximo de $75,000)

- Cubre lesiones provocadas en los dientes por accidentes que ocurran las 24 horas del día, en cualquier parte del mundo, incluida la participación en deportes y en todos los tipos de transporte.
- **Los beneficios son pagaderos al 100 % de los gastos usuales, habituales y razonables para el tratamiento de dientes lesionados, incluida la reparación de fundas o coronas existentes.** No pagamos por daños o pérdida de dentadura o puentes o daños en la ortodoncia actual.
- La cobertura proporciona un "Período de beneficio" de beneficios dentales accidentales por hasta un año desde la fecha del primer tratamiento. El período de beneficio por una lesión puede extenderse cada año, siempre que: la cobertura se renueve antes del 1 de octubre, el estudiante siga inscrito en P-12 grados y la compañía reciba un aviso por escrito en el momento de la lesión de que se postergarán o realizarán tratamientos más adelante.

$16.00 comprado por separado
$12.00 cuando se suma a cualquier plan comprado

La cobertura comienza a las 11:59 p. m. del día en que la Compañía recibe el formulario completado y el pago de la prima.

La cobertura finaliza a las 12:01 a. m. del día en que la escuela comienza las clases programadas regularmente del año escolar 2026-2027.



COBERTURA MEJORADA PARA CONMOCIÓN CEREBRAL:

(Se aplica a todos los planes excepto el Plan de accidentes dental)

Cuando se diagnostica a un estudiante con una conmoción cerebral como consecuencia de una lesión que sufrió al participar en una Actividad Cubierta, y por consiguiente se prohíbe su participación en deportes interescolares según el protocolo formal de la escuela sobre las conmociones cerebrales, el 100 % de los beneficios por el tratamiento de esta conmoción cerebral se pagan con los cargos usuales, habituales y razonables sin deducible, sujeto a todos los demás términos y condiciones del plan.



BENEFICIOS POR MUERTE ACCIDENTAL, DESMEMBRAMIENTO, PÉRDIDA DE LA VISTA, PARÁLISIS, ASESORAMIENTO Y MAL FUNCIONAMIENTO CARDÍACO O CIRCULATORIO:

(Se aplica a todos los planes excepto el Plan de accidentes dental)

Además de los beneficios médicos, si, dentro de los 365 días del accidente cubierto por la póliza, las lesiones corporales resultan en cualquiera de las siguientes pérdidas, pagaremos por el beneficio establecido ante una pérdida con estas características. Se pagará solo un beneficio de dichas características (el más importante) para todas las pérdidas de ese tipo debido a cualquiera de los accidentes.

Muerte accidental	$10,000
Desmembramiento de una sola extremidad o pérdida total de la vista en un ojo	$25,000
Desmembramiento de dos extremidades o pérdida total de la vista en ambos ojos o paraplejia, hemiplejia o cuadriplejia	$50,000
Asesoramiento: Además de los beneficios por muerte accidental y desmembramiento pagaremos el 100 % de los gastos usuales, habituales y razonables por el asesoramiento psiquiátrico o psicológico necesarios después del desmembramiento, la pérdida de la visión o la parálisis cubiertos hasta	$5,000
Beneficio por muerte por mal funcionamiento circulatorio o cardíaco pagadero por pérdida de la vida debido a mal funcionamiento cardíaco, circulatorio o pulmonar que ocurre dentro de las 72 horas de la participación en una actividad cubierta que está causalmente relacionada con dicho mal funcionamiento.	$10,000

CÓMO INSCRIBIRSE

Para la confirmación INMEDIATA de la inscripción, omita los pasos a continuación y haga clic aquí para presentar su solicitud en línea.

Gracias por inscribir a su hijo. Para evitar demoras en la cobertura, siga estos tres sencillos pasos a continuación:

Seleccione el(los) plan(es) que desea comprar a continuación:

- El Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes proporciona nuestro nivel de cobertura más alto.
- Nuestros Planes de Cobertura de Accidentes pueden comprarse en forma individual o combinados con cobertura adicional (por ejemplo, Accidentes de Tiempo Completo + Dental)

Complete el formulario de inscripción que aparece a continuación. Tenga en cuenta que no podemos aceptar inscripciones por teléfono.

Compra y devolución Usted puede:

- **Envíe por fax** ambos lados del Formulario de inscripción completo al **(949) 348-2630.** Debe pagar mediante tarjeta de crédito completando el espacio destinado al pago que figura a continuación. **Lo sentimos, no podemos aceptar cheques personales o giros postales por fax.**
- **Envíe por correo** ambos lados del Formulario de inscripción completo a Myers-Stevens & Toohey, 26101 Marguerite Pkwy, Mission Viejo, CA 92692. Usted podrá pagar mediante tarjeta de crédito completando el área de pago a continuación o adjunte un cheque o giro postal pagadero a Myers-Stevens & Toohey.

NO ENVÍE DINERO EN EFECTIVO

Formulario de inscripción 2025-2026

Complete toda la información requerida (en letra imprenta) y devuelva a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.

Nuestro MEJOR plan

Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes:

1.er pago ☐ $208

Se le cobrarán $338 cada 2 meses a partir de ese momento. La cobertura no puede superar los 12 meses calendarios o excederse del 30 de septiembre de 2025.

Nuestros Planes de Cobertura de Accidentes

(Un solo pago durante todo el año escolar)

PLANES:	Opción alta	Opción baja
Solo Fútbol Americano	☐ $339	☐ $235
De Tiempo Completo (24/7)	☐ $328	☐ $225
Horario Escolar	☐ $79	☐ $53
Accidentes Dentales	☐ $16 Comprado por separado	
	☐ $12 Cuando se suma a cualquier plan comprado	

Cantidad total adeudada $

Nombre en letra imprenta del padre o tutor

Nombre _____ Apellido _____

Para residentes de California: Cualquier persona que, a sabiendas, presente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar la cobertura del seguro o para hacer una reclamación para el pago de un siniestro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal.

Para residentes en Alaska, Arizona, Illinois, Kansas, Missouri y Nevada: 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, ASÍ COMO UNA INFORMACIÓN QUE OCULTE ALGÚN HECHO MATERIAL, COMETERÁ UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO, QUE ES UN DELITO Y SOMETE A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.

Me inscribo para la cobertura elegida anteriormente. Comprendo que las primas no pueden reembolsarse ni convertirse.

X _____

Firma del padre o tutor Fecha

Nombre del estudiante | **Primer nombre** | **Segundo nombre** | **Apellido**

Fecha de nacimiento del estudiante **Mes** **Día** **Año**

Dirección postal **N.º de depto.**

Ciudad **Estado** **Código postal**

Número de teléfono de los padres durante el día

Dirección postal del padre/de la madre

Nombre del distrito

Nombre de la escuela **Grado**

TODAS LAS PRIMAS SE DEVENGAN POR COMPLETO AL MOMENTO DE SU RECEPCIÓN Y NO PUEDEN REEMBOLSARSE NI CONVERTIRSE

Método de pago *Nota: $25.00 de cargo por servicio por los cheques devueltos y tarjetas de crédito rechazadas* ☐ **Cheque/giro postal** (Pagadero a nombre de: a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.) **o** ☐ **Mastercard o Visa**

Importante: Si se paga a través de tarjeta de crédito, complete este formulario. El monto del cargo aparecerá como **"MYERS-STEVENS & TOOHEY 800-827-4695 CA"** en su estado de cuenta.

$ _____ _____ _____ _____

Monto Número de tarjeta Fecha de vencim. MES AÑO N.° de control de 3 dígitos

Autorizo a Myers-Stevens & Toohey & Co. Inc. para que deduzca el pago de la prima, más un cargo administrativo de 3 %, de mi tarjeta de crédito. Si me inscribo en el *Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes*, autorizo el pago de la prima inicial y entiendo que los pagos posteriores se me facturarán cada 2 meses.

X _____

Firma del titular de la tarjeta

Opción de pago automático

La opción de que sus pagos bimestrales se cobren automáticamente a su tarjeta de crédito está disponible para su comodidad.

Al escribir mis iniciales aquí _____, por el presente autorizo a Myers-Stevens & Toohey para que realice un cargo de $338 a la tarjeta de crédito mencionada anteriormente, más un cargo por procesamiento de 3 %, el día 5 del mes de vencimiento de mi pago. Esta autorización permanecerá en efecto para el año escolar 2025/2026 hasta que notifique por escrito a Myers-Stevens & Toohey con anterioridad a la siguiente fecha de pago.

PREGUNTAS FRECUENTES

¡Tengo prisa! ¿Cuál es la forma más rápida de inscribirme?
Haga clic **AQUÍ** para inscribirse en línea, haga clic en el anuncio "Inscribirse ahora" en la página de inicio, complete el proceso de inscripción y se le enviará su tarjeta de identificación de inmediato.

Si tengo otro seguro, ¿por qué necesito esta cobertura?
Nuestros planes pueden ampliar la selección de proveedores para su hijo y ayudar a cubrir los coseguros y deducibles de alto costo y otras obligaciones de costos compartidos que son comunes en muchos planes de salud actuales.

¿Puedo llevar a mi hijo a cualquier médico u hospital?
¡SÍ! No obstante, sus gastos directos podrían ser menores si usa un proveedor contratado de *First Health* (consulte la página 10). Para encontrar a los médicos u hospitales más cerca de usted, llame al **800-226-5116** o regístrese en **www.myfirsthealth.com.** Haga clic en el enlace "Start Now" (Comenzar ahora) en el centro de la página.

Si mi hijo sufre una lesión o una enfermedad cubierta, ¿los beneficios para esa misma lesión o enfermedad se extenderán si se reinscribe el próximo año?
Una vez que se han pagado los beneficios máximos o finaliza el período de beneficios (generalmente, de uno a dos años, según el plan), no se realizarán más beneficios para esa lesión o enfermedad. La única excepción es el *Plan de Accidentes Dentales*. Para obtener más detalles, consulte este folleto.

¿Las tarifas de los planes que son solo para accidentes se pagan todos los meses?
¡NO! Las tarifas de los planes que son solo para accidentes se pagan una sola vez, por todo el año escolar.

¿Los planes de Fútbol Americano Interescolar o de Horario Escolar cubren los campamentos y las clínicas patrocinados y organizados por grupos que no sean la escuela de mi hijo?
¡NO! No obstante, dichos campamentos y clínicas podrían estar cubiertos bajo nuestros Planes de *Tiempo Completo 24/7* o *Enfermedades y Accidentes para Estudiantes*. ¡Llámenos para que le brindemos orientación!

¿Puede cubrirse el fútbol americano interescolar de secundaria?
¡SÍ! Pero solo bajo el *Plan de Cobertura de Fútbol Americano Interescolar*. Se recomiendan los beneficios de la "Opción Alta".

¿Necesita realizar más preguntas o requiere de ayuda?
Visite www.myers-stevens.com o llámenos para recibir ayuda inmediata y personalizada al (800) 827-4695.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Cada reclamo es asignado a uno de nuestros examinadores experimentados que diligentemente guiarán a los miembros de la familia, el personal de la escuela, los proveedores médicos y cualquier otra parte involucrada a lo largo de todo el proceso, de la A a la Z. Nuestros examinadores aplican su conocimiento específico y altamente técnico para garantizar un procesamiento correcto y expedito.



En caso de que ocurra un accidente o enfermedad, siga estos 4 simples pasos:

1. Informe las lesiones relacionadas con la escuela en el lapso de 60 días si reside en California o de 72 horas si vive en Alaska, Arizona, Illinois, Indiana, Kansas, Missouri y Nevada.
2. Obtenga un formulario de reclamo en la escuela o la Compañía. Los formularios de reclamo deben presentarse a la Compañía en el transcurso de los 90 días después de la fecha del primer tratamiento.
3. Al mismo tiempo, presente un reclamo ante cualquier otro Plan de Atención Médica o seguro aplicable.
4. Siga TODAS las instrucciones del formulario de reclamo, adjunte todas las facturas enumeradas y envíelas a:

myers | stevens | toohey
26101 Marguerite Parkway, Mission Viejo, CA 92692-3203
Office 800-827-4695 | Fax 949-348-2630 | claims@myers-stevens.com
CA License #0425842

La compañía de seguros

ACE American Insurance Company
436 Walnut St., Philadelphia, PA 19106

CHUBB®

Chubb es el nombre comercial utilizado para referirse a las filiales de Chubb Limited que proporcionan seguros y servicios relacionados. Para obtener una lista de estas filiales, visite nuestro sitio web en http://www.chubb.com . Seguro proporcionado por ACE American Insurance Company y sus filiales de la compañía aseguradora Chubb con sede en los EE. UU. Es posible que no todos los productos estén disponibles en todos los estados. Esta información contiene solamente resúmenes de productos. La cobertura está sujeta al texto de las pólizas tal como se emitieron realmente. Los términos y las condiciones de cobertura se establecen en las pólizas emitidas en los estados en los que la póliza se suministra con el número de formulario AH-57720. El seguro de líneas excedentes se vende solamente a través de productores de seguro de líneas excedentes con licencia. Chubb, 202 Hall's Mill Road, Whitehouse Station, NJ 08889-1600.

Exclusiones

1. Exámenes físicos de rutina y análisis de rutina; análisis o tratamientos preventivos; exámenes de detección o análisis en ausencia de lesión.
2. Atención o tratamiento dental, incluido el daño o la pérdida de dentaduras o puentes, o daño en el equipo de ortodoncia actual. Esta exclusión no se aplica a la atención dental de encías y dientes naturales sanos, que se requiera debido a una lesión provocada por un accidente mientras la persona cubierta está asegurada por la póliza.
3. Guerra o cualquier acto de guerra, declarados o no declarados.
4. Participación en desorden civil; participación en una pelea o en una gresca, excepto cuando es por defensa propia; realización o intento de realización de un delito grave; o violación o intento de violación de cualquier ley debidamente aprobada. "Desorden" se refiere a una alteración del orden público, que implica una reunión de cinco (5) o más personas que, mediante conducta tumultuosa y violenta o mediante amenaza de este tipo de conducta, crean un grave peligro de daño o lesión a la propiedad o a las personas. Se aplicará una exclusión por desorden solo cuando una persona se involucre deliberadamente en un desorden o incite o inste deliberadamente a otras personas a participar en un desorden civil.
   Aplicable únicamente a Nevada: participación en un motín; pelear o pelear, excepto en defensa propia; comisión o intento de cometer un delito grave (excepto violencia doméstica), que resulte en una condena. Esta exclusión no se aplica a una Persona Cubierta que sea víctima de violencia doméstica, independientemente de si la Persona Cubierta contribuyó a alguna pérdida o lesión.
   Aplicable solo en Alaska y Kansas: participación en una revuelta o disturbio civil, pelea o altercado, excepto en defensa propia; cometer o el intento de cometer un delito grave, o violación o intento de violación de cualquier ley debidamente aprobada.
5. Lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio o intento de suicidio.
6. Lesiones o enfermedades causadas por el consumo de alcohol o drogas, a menos que se trate de medicamentos que se tomen de acuerdo con la dosis y para los fines prescritos por el médico de la persona cubierta. (No aplicable en Nevada)
   Aplicable solo en Alaska: lesiones o enfermedades causadas por el consumo de alcohol o drogas, a menos que se trate de medicamentos que se tomen de acuerdo con la dosis y para los fines prescritos por el médico de la persona cubierta.
7. Participación en, o prácticas para, competencias interescolásticas de fútbol americano; deportes semiprofesionales; deportes profesionales (excepto lo especificado en las descripciones de las coberturas). (No se aplica al plan por accidentes dentales).
8. Cualquier lesión causada por: Vuelo, embarque o despegue en una aeronave, excepto como pasajero que paga tarifa o en una aeronave fletada por la escuela, en el Comando de Transporte Aéreo Militar o en el programa de Cuerpo de Entrenamiento de Oficiales de la Reserva Júnior (Junior Reserve Officers' Training Corps, JROTC).
9. Cualquier tratamiento, cirugía, tratamiento de salud o examen, incluido cualquier servicio, tratamiento o suministro que: (a) consideremos experimental; y que (b) no sean prácticas médicas reconocidas y generalmente aceptadas en los Estados Unidos.
10. Tratamiento, atención o servicios prestados por una lesión cubierta por las leyes de Compensación del Trabajador, las leyes de Responsabilidad del Empleador o leyes laborales similares. Gastos pagados por cualquier póliza de seguro de automóvil, sin consideración de culpa.
11. Gastos médicos cubiertos de los que la persona cubierta no sería responsable en ausencia de la póliza.
12. Tratamientos, servicios o suministros proporcionados por la enfermería de la escuela o sus empleados, o por proveedores médicos u otros proveedores de atención médica que trabajan para la escuela o que son contratados por la escuela. Tratamiento por parte de personas empleadas o contratadas por el asegurado, o por cualquier familiar inmediato o miembro del hogar de la persona cubierta.
13. Tratamiento, servicios o suministros proporcionados o pagados por cualquier programa o ley gubernamental, excepto Medicaid, Medicare o Tricare.
14. Trastornos mentales o nerviosos.
15. Enfermedad, dolencia, padecimiento corporal o mental; infección bacteriana o viral; o tratamiento médico o quirúrgico de dicha infección, excepto cualquier infección bacteriana que resulte de una herida o de un corte externo accidental o de la ingestión accidental de alimentos contaminados (excepto lo especificado en la póliza).
16. Suministros, excepto si se establece lo contrario en la póliza.
17. Tratamiento de la osteomielitis.
18. Tratamiento de hernia, enfermedad de Osgood-Schlatter, osteocondritis, apendicitis, osteomielitis, cardiopatías o afecciones cardíacas, fracturas patológicas, debilidad congénita, desprendimiento de retina, a menos que sea causado por una lesión, o trastorno mental o atención o tratamiento psicológico o psiquiátrico (excepto lo especificado en la póliza).

Este seguro no se aplica en la medida en que las sanciones comerciales o económicas u otras leyes o reglamentos nos prohíben proporcionar seguro , incluyendo, pero no limitado a, el pago de reclamaciones.

Requerimientos Y Limitaciones

Los agravamientos de lesiones que no tuvieron lugar mientras se encontraba asegurado por este plan se pagan en un beneficio máximo de hasta $500 por plazo de la póliza. Las lesiones de fútbol americano en tiempo escolar y en la escuela secundaria deben informarse a la escuela dentro de las 72 horas (o 60 días si reside en California) a partir de la fecha de la lesión. La primera visita al Médico debe tener lugar dentro de los 120 días posteriores a la fecha en que se produce el Accidente. Debe presentarse un formulario de reclamo a Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. en el plazo de los 90 días después de la fecha de la pérdida. Los planes School-Time, Tackle Football y Full-Time (24/7) pagan por los gastos cubiertos incurridos hasta 104 semanas desde la fecha de la lesión. Los planes Student Accident & Sickness y Dental Accident (planes de Enfermedad y Accidente y Accidentes Dentales para estudiantes) cubren los gastos incurridos hasta 52 semanas desde la fecha del primer tratamiento. Sin embargo, si la lesión sufrida en virtud del plan Student Accident & Sickness requiere del retiro de clavos quirúrgicos, la continuidad de tratamiento por quemaduras graves o el tratamiento de la ausencia o la mala unión de fracturas, el período del beneficio se extenderá a 104 semanas. Cada afección cubierta podrá estar sujeta a un deducible, consulte los detalles del plan.

Facilidad de pago

Siempre que los pagos que deberían haberse realizado bajo la póliza sean realizados por otra póliza, la Compañía se reserva el derecho de abonar cualquier plan por medio de la realización de tales otros pagos, cualquier monto que la Compañía determine como garantizado para cumplir con el objetivo de esta disposición. Los montos pagados se consideran beneficios pagados bajo la póliza y, en lo que respecta a dichos pagos, la Compañía debe ser eximida completamente de toda responsabilidad bajo la póliza. En ningún caso, la Compañía pagará más que los beneficios correspondientes según la póliza, para todas las pólizas que estipulan los mismos o similares beneficios, emitidos al titular de la póliza y garantizados por la Compañía.

Definiciones

Un **accidente** es todo incidente repentino, inesperado o sin intención. Un **accidente cubierto** es un accidente que tiene como resultado una lesión o una pérdida cubiertas por la póliza. Un **coseguro** es el porcentaje de gastos cubiertos después de aplicar cualquier deducible, que son pagaderos en virtud de esta póliza. Los **gastos cubiertos** son los gastos realmente incurridos por o en nombre de una persona cubierta para tratamiento, servicios y suministros cubiertos por la póliza. Se considera que se ha incurrido en un gasto cubierto en la fecha en que se brindó u obtuvo el tratamiento, servicio o suministro que originó el gasto o cargo. Una **pérdida cubierta** (o **"pérdidas cubiertas"**) hace referencia a una muerte accidental, desmembramiento u otra lesión cubierta en virtud de la póliza. Un **deducible con desaparición gradual** se refiere al monto en dólares de los gastos cubiertos en los que debe incurrir la persona cubierta antes de que paguemos cualquier beneficio. El deducible puede ser cubierto por otro seguro válido y cobrable. El deducible con desaparición gradual se muestra en el plan de beneficios. Una **enfermedad de emergencia** es toda enfermedad que tenga una naturaleza tal que, de no recibir atención médica inmediata, podría poner en peligro la vida de una persona, o dañar gravemente las funciones corporales de una persona. Una **lesión** es todo daño corporal accidental sufrido por una persona cubierta, que resulta directamente de un accidente (independientemente de todas las demás causas) y ocurre mientras la cobertura de la póliza está vigente. La lesión debe haber sido causada únicamente por medios externos, violentos y accidentales. Todas las lesiones sufridas por una persona en un solo accidente, incluidas las afecciones relacionadas y los síntomas recurrentes de dichas lesiones, se consideran una sola lesión. **Necesario desde el punto de vista médico** o **necesidad médica** hacen referencia a los servicios o suministros proporcionados por un hospital, médico u otro proveedor, que se requieren para identificar o tratar una lesión, y que, como lo determina la compañía, son: (1) acordes con el síntoma o el diagnóstico, y con el tratamiento de la lesión o enfermedad; (2) adecuados con respecto a las pautas de buena práctica médica; (3) no únicamente para la conveniencia de la persona cubierta; y (4) los suministros o niveles de servicios más adecuados que pueden proporcionarse de manera segura. Cuando se aplican a la atención de un paciente internado, también significa que los síntomas médicos o la afección de la persona no permiten que los servicios se brinden como a un paciente ambulatorio. El hecho de que un médico pueda recetar, autorizar o dirigir un servicio no lo convierte en sí mismo en un servicio necesario desde el punto de vista médico ni en un servicio cubierto por la póliza. **Otro seguro válido** y cobrable es cualquier: 1) plan grupal, programa o póliza de seguro; 2) otro plan grupal de beneficios hospitalarios, quirúrgicos o médicos; o 3) plan de bienestar sindical o programa grupal de beneficios para empleadores o empleados. Otro seguro válido y cobrable no incluirá los beneficios proporcionados por la Ley del Seguro Social de los Estados Unidos (United States Social Security Act), ningún plan de seguro de salud individual ni ningún plan de seguro por discapacidad individual. **Actividad de la escuela** es cualquier actividad que la escuela patrocine y supervise. No incluye clínicas ni campamentos relacionados con atletismo o actividades de porristas que estén patrocinados, controlados u organizados por cualquier grupo que no sea de la escuela. Una **enfermedad** es una dolencia, padecimiento o infección que comienza mientras la cobertura de la póliza está vigente. Todas las afecciones relacionadas y síntomas recurrentes de la misma afección o una afección similar se considerarán una sola enfermedad. **Cargos usuales, comunes y razonables** hacen referencia a los montos predominantes cobrados por la mayoría de los proveedores por los tratamientos, servicios o suministros en el área geográfica donde se proporcionan dichos tratamientos, servicios o suministros.

Cláusula De Exceso

Con el fin de mantener las primas tan asequibles como sea posible, estos planes pagan beneficios en base a que no haya duplicados. Esto significa que si una persona tiene cobertura de uno o más de estos planes por parte de cualquier otro seguro o acuerdo Médico válidos, cualquier cantidad pagadera o proporcionada por las otras coberturas será restada de los gastos con cobertura y nosotros pagaremos los beneficios con base a la cantidad restante. (En Arizona: No se aplica a la cobertura para enfermedades solamente bajo el Plan de cobertura por accidente y enfermedad.)

AVISO IMPORTANTE: Este folleto contiene una breve descripción de los beneficios disponibles bajo los programas de seguro. No es un contrato de seguro. Los términos y condiciones de la cobertura se establecen en las pólizas entregadas en el estado bajo el formulario número AH-57720. Los detalles completos se pueden encontrar en las políticas. CIERTOS PLANES DE SEGURO DESCRITOS HERIN PROPORCIONAN BENEFICIOS POR ENFERMEDAD A CORTO PLAZO Y DURACIÓN LIMITADA. NO CONSTITUYEN UNA COBERTURA DE SEGURO MÉDICO INTEGRAL (A MENUDO DENOMINADA "COBERTURA MÉDICA PRINCIPAL") Y NO SATISFACEN LA OBLIGACIÓN INDIVIDUAL DE UNA PERSONA DE ASEGURAR EL REQUISITO DE COBERTURA ESENCIAL MÍNIMA BAJO LA LEY DE CUIDADO DE SALUD ASEQUIBLE (ACA). PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE ACA, CONSULTE www.HealthCare.gov.

Este documento ha sido traducido de la versión original del formulario en inglés. Si existe alguna inconsistencia entre la versión traducida del formulario y la versión en inglés que afecte significativamente la cobertura provista, la versión en inglés prevalecerá.

Todas las primas se devengan por completo al momento de su recepción y no pueden reembolsarse ni convertirse

Para un folleto en español, o para asistencia en español, por favor llame al (800) 827-4695

myers | stevens | toohey

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 le 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
- Cargos facturados
- Códigos de diagnóstico: informan qué problema tiene su hijo
- 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-STEVENS & TOOHEY
Atención: Claims Department
26101 Marguerite Parkway, Mission Viejo, CA. 92692

0 **Fax: (949) 348-9350** *0* **Correo electrónico: claimsinfo@myers-stevens.com**

¿Necesita más ayuda? Llámenos al (800) 827-4695

myers | stevens | toohey

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 | ☐ FEMALE ☐ MALE | DATE OF BIRTH MO DAY YR

ADDRESS OF CLAIMANT CITY STATE ZIP CODE

IS THE CLAIMANT A: ☐ STUDENT ☐ STAFF ☐ VOLUNTEER ☐ OTHER _____ | ID # FROM ID CARD (If applicable)

NAME OF SCHOOL/PARISH | NAME OF DISTRICT, DIOCESE OR OTHER SCHOOL SYSTEM

SCHOOL/PARISH MAILING ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

DURING WHAT ACTIVITY DID THE INJURY OCCUR? ☐ INTERSCHOLASTIC PRACTICE ☐ INTERSCHOLASTIC GAME ☐ P.E. ☐ CLASSROOM ☐ PLAYGROUND ☐ TRAVEL ☐ AT HOME ☐ FIELD TRIP ☐ RELIGIOUS EDUCATION ☐ CONFIRMATION ☐ YOUTH MINISTRY ☐ YOUNG ADULT MINISTRY ☐ CYO ☐ PAL ☐ OTHER _____

WAS THE CLAIMANT PARTICIPATING IN A SPORT NOT SCHOOL/PARISH-SPONSORED AND SUPERVISED? ☐ YES ☐ 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? ☐ YES ☐ NO If YES, name of plan:

DATE OF INJURY/SICKNESS | TIME OF INJURY A.M. / P.M. (Circle One) | WHAT **PART** AND/OR **AREA** OF THE BODY WAS INJURED? (Additional details may be provided below) ☐ RIGHT _____ ☐ LEFT _____ | HAS THE CLAIMANT SUFFERED FROM SAME OR SIMILAR CONDITION BEFORE? ☐ YES ☐ NO IF YES, WHEN?

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? ☐ YES ☐ NO | DATE SCHOOL/PARISH WAS NOTIFIED

NAME AND TITLE OF OFFICIAL COMPLETING FORM | SIGNATURE X | DATE SIGNED | SCHOOL/PARISH TELEPHONE NUMBER

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)? ☐ YES ☐ NO
IF YES, NAME OF PLAN(S) | POLICY NUMBER(S) | **IS THE CLAIMANT A MEDICARE BENEFICIARY? ☐ YES ☐ NO**

NAME OF CLAIMANT'S EMPLOYER (if applicable) | ADDRESS | PHONE NUMBER

NAME OF FATHER OR LEGAL MALE GUARDIAN | MOBILE TELEPHONE NO. | HOME TELEPHONE NO.

ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

NAME OF EMPLOYER ☐ Self Employed ☐ Part Time ☐ Unemployed | WORK TELEPHONE

ADDRESS OF EMPLOYER CITY STATE ZIP CODE

NAME OF MOTHER OR LEGAL FEMALE GUARDIAN | MOBILE TELEPHONE NO. | HOME TELEPHONE NO.

ADDRESS CITY STATE ZIP CODE

NAME OF EMPLOYER ☐ Self Employed ☐ Part Time ☐ 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/HCFA 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 sujeto 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 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 sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

myers | stevens | toohey

Myers-Stevens & Toohey Co., Inc.
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*

CHUBB®

First Health®

First Choice Health
PPO Network - ***WA***