



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. Los resúmenes de cobertura pueden obtenerse a través de las autoridades de la escuela o parroquia, en los folletos impresos utilizados para contratar la cobertura, en línea o comunicándose directamente con nosotros al (800) 827-4695.



Formulario de reclamos e informe

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

Solicite a la escuela o parroquia un formulario de reclamación del Seguro por Accidentes y Enfermedades para Estudiantes y pida a un representante autorizado que **complete en su totalidad y de forma clara** la Parte A del formulario. Si la lesión que va a informar no está relacionada con la escuela o la Parroquia, puede llenar usted mismo la Parte A. Solo se requiere un formulario de reclamo por lesión o enfermedad.

Llene de manera completa y clara 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 primario o plan de salud aplicable.

Encontrar un proveedor de atención médica



Usted tiene la libertad de recibir tratamiento de cualquier profesional de la salud debidamente autorizado; sin embargo, sus gastos de bolsillo pueden ser menores si recibe atención de proveedores que formen parte de la red First Health o de la red First Choice Health (solo en Washington). Los proveedores contratados pueden encontrarse en www.myfirsthealth.com (800) 226-5116 o (solo en el estado de Washington) www.fchn.com (800) 231-6935.

NOTA: Si cuenta con cobertura principal a través de una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO) o una Organización de Proveedores Exclusivos (EPO), tenga en cuenta que los beneficios pagaderos conforme a muchos de nuestros planes colectivos pueden verse reducidos si recibe servicios de proveedores fuera de la red que no hayan sido autorizados previamente por la HMO o la EPO. Esta limitación potencial de beneficios no se aplica a ninguno de nuestros planes adquiridos voluntariamente y no se aplica a la atención de emergencia.

Cuando pida atención



- Proporcione al departamento encargado de la facturación/admisión del proveedor la información de su seguro médico primario (si corresponde).
- Si usted adquirió uno de nuestros planes individuales, presente su tarjeta de identificación de seguro estudiantil. Si la cobertura se proporciona en virtud de un plan colectivo financiado por la escuela o la parroquia, informe de ello al departamento de facturación e identifique el distrito escolar, la diócesis u otro sistema escolar correspondiente, así como la escuela o parroquia específica. En cualquiera de los dos casos, explique que cuenta con un seguro de gastos médicos que proporciona beneficios en carácter de cobertura excedente o secundaria y que NO corresponde a lo que comúnmente se conoce como un seguro de responsabilidad civil frente a terceros. El reclamante cubierto es el asegurado.
- Pídale al departamento de facturación que añada a Myers-Stevens & Toohey a su sistema como pagador y que directamente nos envíe (¡preferiblemente!) las facturas detalladas que se describen más adelante 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, Medicare o Tricare) 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*



Lo que necesitamos de los proveedores*

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:

- | | |
|---|---|
| • Fechas de servicio | • Códigos de procedimiento o ingresos: nos informan qué se hizo para evaluar o tratar el problema |
| • Cargos facturados | • Número de identificación fiscal del proveedor: necesario para emitir los formularios W-9 cuando se asignan beneficios a proveedores |
| • Códigos de diagnóstico: informan qué problema tiene su hijo | • 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		☐ FEMALE ☐ MALE		DATE OF BIRTH																																																																																																																																	
		MO		DAY		YR																																																																																																																																									
ADDRESS OF CLAIMANT																CITY				STATE				ZIP CODE																																																																																																																							
IS THE CLAIMANT A:																☐ STUDENT ☐ STAFF ☐ VOLUNTEER ☐ OTHER _____																																																																																																																															
NAME OF SCHOOL/PARISH																NAME OF DISTRICT, DIOCESE OR OTHER SCHOOL SYSTEM																																																																																																																															
SCHOOL/PARISH MAILING ADDRESS																CITY																STATE																ZIP CODE																SCHOOL/PARISH CONTACT PHONE # WITH EXTENSION																																																																															
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																TYPE OF SPORT:																DOES THE SCHOOL/PARISH HAVE ANY RECORD OF ANY HEALTH COVERAGE FOR THE CLAIMANT? ☐ YES ☐ NO																																																																																																															
IF YES, LIST NAME OF SPORTS ORGANIZATION:																																If YES, name of plan:																																																																																																															
DATE OF INJURY/SICKNESS								TIME OF INJURY								WHAT PART AND/OR AREA OF THE BODY WAS INJURED?								☐ RIGHT _____								HAS THE CLAIMANT SUFFERED FROM SAME OR SIMILAR CONDITION BEFORE? ☐ YES ☐ NO																																																																																																															
								A.M. / P.M.								(Additional details should be provided below)								☐ LEFT _____								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?																																DATE THE ACCIDENT WAS REPORTED TO OFFICIALS																																																																															
																																☐ YES ☐ NO																																																																																																															
NAME OF OFFICIAL COMPLETING FORM																OFFICIAL'S TITLE																SIGNATURE																DATE SIGNED																OFFICIAL'S EMAIL ADDRESS																																																																															
																																X																																																																																																															

PART B		PARENT / LEGAL GUARDIAN / CLAIMANT 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																POLICY NUMBER(S)																																															
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 ☐ Self Employed ☐ Part Time ☐ 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 ☐ Self Employed ☐ Part Time ☐ Unemployed																WORK TELEPHONE																																															
ADDRESS OF EMPLOYER																CITY																STATE																ZIP CODE															

SECTIONS BELOW SHOULD BE COMPLETED AND SIGNED BY THE CLAIMANT IF 18 OR OLDER																																																															
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/HCF 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 following the expiration of the applicable policy benefit period, 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

CHUBB®



First Choice Health
PPO Network - WA