2026–2027

Accidente estudiantil y Seguro de enfermedad

Algunas familias tienen pocos o ningún recurso financiero a los que recurrir durante una emergencia inesperada. Los costos de atención médica no cubiertos después de una lesión o enfermedad pueden ser un problema grave para las familias.

¡MYERS-STEVENS & TOOHEY PUEDE AYUDARLO!

Nuestros planes pueden brindar una protección de seguro útil para sus hijos. Incluso se pueden usar para ayudar con los altos coseguros, deducibles y otros requisitos de costos compartidos comunes a muchos de los planes de salud actuales. 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.

Organizado y administrado por

myers | stevens | toohey

610.100-0
AK/AZ/CA/IN/KS/MO/NV

El Plan de Cobertura de Accidentes durante el Horario Escolar pagado por su escuela 3

Nuestro mejor plan 4

Plan de Tiempo Completo (24/7) 5

Planes adicionales y beneficios 6

Cómo inscribirse 7

Preguntas frecuentes 8

Cómo presentar un reclamo 8

Exclusiones y limitaciones 9

ESTE PLAN* ES PAGADO POR SU ESCUELA

- ✓ 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 inmediatamente después de las clases normales, mientras se permanezca continuamente en las instalaciones escolares.
- ✓ Participar en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela, incluidas todas las actividades deportivas interescolares, programas de estudio y trabajo y servicio comunitario patrocinado y aprobado por la escuela.
- ✓ Participar en excursiones patrocinadas y supervisadas por la escuela dentro de los EE. UU., independientemente de su duración, siempre que permanezcan bajo el control general del personal de la escuela y/o acompañantes adultos designados por la escuela.
- ✓ Viajar directamente y sin interrupciones hacia y desde: el hogar y la escuela para asistir a clases programadas regularmente; la escuela y lugares fuera del campus para participar en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela; o en vehículos escolares en cualquier momento.
- ✓ También se proporciona cobertura para voluntarios designados por la escuela y para niños/jóvenes que no son estudiantes inscritos mientras participan oficialmente en actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela.

NOTA: La participación en campamentos o clínicas comerciales no está cubierta bajo este plan. Consulte los planes "De Tiempo Completo 24/7".
El período de cobertura se basa en las fechas seleccionadas por la escuela o distrito.

$25,000 de máximo por accidente | $5,000 de máximo por asalto criminal | $3,000 de máximo por enfermedad de emergencia
$0 de deducible por accidente cubierto

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	**100 %**
Gastos hospitalarios suplementarios	**100 %**
Unidad de cuidados intensivos	**100 %**
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)	**100 %**
Examen y tratamiento médico no quirúrgicos/ Telemedicina (excepto la terapia física) Incluye la consulta (cuando está derivado por el médico tratante)	**100 %**
Servicios del cirujano	**100 %**
Servicios del asistente del cirujano	**100 %**
Servicios del anestesista	**100 %**

GASTOS CUBIERTOS	MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS
Fisioterapia (se incluyen las consultas relacionadas) cuando lo indica un médico	**100 %**
Pruebas diagnósticas, exámenes de radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas	**100 %**
Ambulancia (desde el lugar donde se produce una emergencia hasta el hospital directamente)	**100 %**
Servicios del personal de enfermería registrado	**100 %**
Aparatos y dispositivos ortopédicos de rehabilitación	**100 %**
Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios (solo para lesiones)	**100 %**
Servicios dentales (incluidas radiografías dentales) para el tratamiento debido a un accidente cubierto	**100 %**
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**
Procedimientos de laboratorio	**100 %**

Para cobertura de viaje de estudios (viaje específico): evacuación médica: $25 000, repatriación: $10 000

Enfermedad de emergencia significa una enfermedad de tal naturaleza que el hecho de no obtener atención médica inmediata podría poner en peligro la vida de la persona o causar daños graves a las funciones corporales.

Asalto criminal para asesoramiento psiquiátrico o psicológico. "Asalto criminal" es un acto de violencia dirigido contra un estudiante, que resulta en una lesión corporal para la cual un estudiante requiere y busca tratamiento médico, y la escuela presenta un informe escrito a la policía dentro de las 24 horas posteriores al asalto.

Pueden encontrarse beneficios adicionales a este plan en la página 7

*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"

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 2027, lo que ocurra primero, siempre que se efectúen los pagos requeridos.

1.er pago: $190

(Cubre el resto del mes en el que usted se inscribe y 1 mes adicional) Pagos subsiguientes: $154 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.

PLANES ADICIONALES (CONT.)

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)**

Tarifa para todo el año escolar: $125

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.

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 a las 12:01 a. m. del día en que la escuela comienza las clases programadas regularmente del año escolar 2027-2028.

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.

Máximo de $50,000 por accidente | Deducible de $0 por afección

GASTOS CUBIERTOS	MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS
Habitación y comida de hospital: Tarifa de la habitación semiprivada	100 %
Gastos hospitalarios suplementarios	100 %
Unidad de cuidados intensivos	100 %
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)	100 %
Examen y tratamiento médico no quirúrgicos/ Telemedicina (excepto la terapia física) Incluye la consulta (cuando está derivado por el médico tratante)	100 %
Servicios del cirujano	100 %
Servicios del asistente del cirujano	100 %
Servicios del anestesista	100 %

GASTOS CUBIERTOS	MÁXIMOS DE LOS BENEFICIOS
Fisioterapia (se incluyen las consultas relacionadas) cuando lo indica un médico	100 %
Pruebas diagnósticas, exámenes de radiografías, resonancias magnéticas y tomografías computarizadas	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	100 %
Aparatos y dispositivos ortopédicos de rehabilitación	100 %
Medicamentos recetados de pacientes ambulatorios (solo para lesiones)	100 %
Servicios dentales (incluidas radiografías dentales) para el tratamiento debido a un accidente cubierto	100 %
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 %
Empeoramientos o nueva lesión de una lesión existente	$500

Pueden encontrarse beneficios adicionales a este plan en la página 7

*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).

PLANES ADICIONALES

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

Las estudiantes (grados P-12) pueden inscribirse en este plan.

- 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.

Tarifa para todo el año escolar: $11

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 2027-2028.

Se aplica únicamente al plan pagado por la escuela descrito en la página 3

BENEFICIO MÉDICO AMPLIADO

Para afecciones deportivas para el tratamiento de bursitis, esguinces, hernia, distensiones, desgarros musculares, tendinitis y lesiones por movimientos repetitivos (si estas afecciones se agravan por la participación en una actividad cubierta)

Las características a continuación se aplican a todos los planes excepto Accidente Dental

COBERTURA MEJORADA PARA CONMOCIÓN CEREBRAL:

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.

Las características a continuación se aplican a todos los planes excepto Accidente Dental

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

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 EN NUESTROS PLANES OPCIONALES

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 2026-2027

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

Plan de Cobertura de Enfermedades y Accidentes para Estudiantes:

1.er pago ☐ $190

Se le cobrarán $308 cada 2 meses a partir de ese momento. La cobertura no puede superar los 12 meses calendarios o excederse del 30 de septiembre de 2027.

(Un solo pago durante todo el año escolar)

De Tiempo Completo (24/7)	☐ **$125**
Accidentes Dentales	☐ **$11**

Nombre en letra imprenta del padre o tutor

Nombre Apellido

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

X _____

Firma del padre o tutor Fecha

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 de Alaska, Arizona, Indiana, 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 información que oculte algún hecho material, puede estar sujeta a procesamiento penal por fraude a una compañía de seguros.

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**

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

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 $308 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 2026/2027 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**

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!

¿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 72 horas (o 60 días si reside en California).
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.

- Exámenes físicos de rutina y análisis de rutina; análisis o tratamientos preventivos; exámenes de detección o análisis en ausencia de lesión.
- 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.
- Guerra o cualquier acto de guerra, declarados o no declarados.
- 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.
- Lesiones autoinfligidas intencionalmente, suicidio o intento de suicidio.
- 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)
- 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).
- 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).
- 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.
- 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.
- Gastos médicos cubiertos de los que la persona cubierta no sería responsable en ausencia de la póliza.
- 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.
- Tratamiento, servicios o suministros proporcionados o pagados por cualquier programa o ley gubernamental, excepto Medicaid, Medicare o Tricare.
- Trastornos mentales o nerviosos.
- 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).
- Suministros, excepto si se establece lo contrario en la póliza.
- Tratamiento de la osteomielitis.
- 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.)

EXENCIÓN DE COBERTURA PRIMARIA

El incumplimiento por parte de una Persona Cubierta de los términos y condiciones de su cobertura primaria resultará en una reducción del beneficio de los Gastos Cubiertos al 50% del monto que de otro modo se pagaría según la Póliza. Esta limitación no se aplicará al tratamiento de emergencia.

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