

Envíe el formulario completo por correo a:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196
STILLWATER, MINNESOTA 55082
1-800-328-2739



Asegúrese de utilizar los servicios de un proveedor de la MCO de los EE. UU. para recibir descuentos por los servicios prestados por los médicos y centros participantes de la Red de MCO de los EE. UU.

Este plan complementa toda otra cobertura de seguro. Primero debe presentar una reclamación con su otro seguro.

COMPROBANTE DE RECLAMACIÓN: cuando la lesión derive en un tratamiento realizado por parte de un Médico, complete este formulario y envíelo a Student Assurance Services, Inc. en un plazo de 90 días a partir de la fecha de la lesión.

A COMPLETAR POR PARTE DE UN FUNCIONARIO DE LA ESCUELA

PARTE A: AVISO DE LESIÓN

1. Nombre de la escuela _____ Nombre del distrito escolar _____
 Dirección de la escuela _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)

2. Nombre del Asegurado _____ Grado _____

3. Fecha de la lesión _____ a.m. p.m.

4. ¿Bajo la supervisión de quién? _____ ¿Se produjo la lesión en presencia de él/ella? _____

5. El accidente se produjo mientras el Asegurado participaba en:

UNA ACTIVIDAD INTERESCOLAR DE LA UIL		UNA ACTIVIDAD NO INTERESCOLAR DE LA UIL	
() Práctica	¿Qué deporte/actividad?	() Viaje hacia/desde la escuela	() Actividad no escolar
() Juego/Evento		() En el salón de clases	() Otro - ¿Actividad?
() Viaje		() Educación física	
		() En el recinto escolar	

6. Parte del cuerpo lesionada _____ Lado derecho Lado izquierdo

7. Describa en detalle cómo y cuándo se produjo la lesión _____

Informado por _____
(Firma del funcionario de la escuela) (Cargo) (Fecha)

(*Uno de los padres puede completar la Parte A si se adquirió Cobertura de Tiempo Completo).

CONSULTE LA INFORMACIÓN IMPORTANTE AL DORSO

A COMPLETAR POR PARTE DEL PADRE, MADRE O TUTOR

PARTE B: DECLARACIÓN DE LOS PADRES

1. Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
 N.º de Seguro Social del estudiante - -

Nombre del padre _____ Relación con el asegurado _____
 Dirección de envío _____
(La calle, la Ruta o Caja) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

2. Número de teléfono particular _____

3. Ocupación del padre _____ Empresa _____
 Ocupación de la madre _____ Empresa _____

4. Indique su cobertura familiar o grupal, por favor.
 Nombre de la compañía de seguro _____ Grupal Individual N.º de póliza _____
 Dirección _____
(Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Por este medio autorizo a los médicos, facultativos médicos, hospitales, clínicas u otros centros médicos o centros de salud relacionados, compañías de seguro, u otras organizaciones, instituciones, o personas que posean cualquier registro o conocimiento de la salud física o mental del reclamante, a proporcionar la información a STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. A los efectos de facilitar la rápida presentación de tal información, autorizo a todas las fuentes mencionadas a proporcionar los referidos registros o conocimiento a cualquier agencia que la compañía de seguro haya contratado para reunir y transmitir tal información. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el original. Esta autorización vence un año después de la fecha de la firma.

(Fecha) (Nombre del estudiante/paciente en letra de imprenta) (Firma del padre, madre o tutor)

NOTIFICACIÓN: toda persona que, a sabiendas, tergiversa o falsifique la información esencial que se solicita en este formulario puede estar sujeta, una vez condenada, a penas de multa o prisión.

ATENCIÓN PADRES

******PADRES: "USTEDES SON RESPONSABLES"******

Estimados padres:

A continuación se indican los pasos para completar el formulario de reclamación. Si tienen alguna pregunta, comuníquense con el entrenador de la escuela o llamen al número indicado en el formulario de reclamación. La escuela **"NO ES"** responsable por el pago de servicios o facturas médicas de su hijo. Si su hijo resulta lesionado durante **CUALQUIER** evento atlético o evento patrocinado de la Liga Interescolar Universitaria (University Interscholastic League, UIL), todos los cargos médicos son **"SU RESPONSABILIDAD"**.

SIN EMBARGO, la escuela ha adquirido una póliza complementaria para cubrir cargos que excedan la propia cobertura de seguro de ustedes. Si **NO TIENEN NINGÚN OTRO SEGURO** para su hijo, entonces esta póliza pagará en primer lugar. Ésta es una póliza de beneficios limitados y todo cargo que exceda los límites de beneficios de la póliza será **SU RESPONSABILIDAD**. El distrito adquirió esta póliza sobre la base de los fondos disponibles. Por favor, tengan en cuenta que ésta es una póliza de beneficios limitados y **DE NINGUNA FORMA** tiene la finalidad de cubrir todas las facturas médicas de su hijo. **Los tratamientos y cargos médicos de su hijo son su responsabilidad.**

Por favor, pónganse en contacto con el entrenador o administrador escolar antes de obtener tratamiento o servicios médicos.

PASOS A SEGUIR AL PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:

1. Un funcionario de la escuela **debe** completar la Parte A para todos los accidentes relacionados con la escuela. El padre, la madre o el tutor debe completar **todas** las preguntas de la Parte B: Declaración de los padres. Si el accidente no se relaciona con la escuela, el padre, la madre o el tutor **puede** completar la Parte A. **Este formulario de reclamación debe presentarse al médico o al centro a fin de obtener el Descuento para Proveedores de Organizaciones de Atención Administrada (Managed Care Organization, MCO) de los EE. UU. No entregue el formulario de reclamación al proveedor ni al centro. Complételo y envíelo directamente a la Oficina de Reclamaciones en la dirección indicada a continuación.**
2. Envíe copias de las **facturas detalladas**. Éstas son las facturas originales que usted recibe, no los estados de cuenta mensuales. **Estas facturas detalladas, a menudo denominadas UB04 o CMS 1500, indican la dirección, el código de procedimiento, el código de diagnóstico y el número de identificación fiscal del proveedor.**
3. Presente copias de todas las facturas a su seguro familiar y/o grupal, aun si tiene un deducible grande. Este plan complementa toda otra cobertura válida. Primero debe presentar una reclamación con su otro seguro. Este plan no cubre sanciones impuestas por no utilizar los proveedores preferidos o designados por su cobertura principal. Después de que haya recibido el pago o las copias de la "Explicación de Beneficios" (EOB) de su compañía de seguro o su administrador de seguro familiar (Blue Cross, Group Health, Prudential Insurance, etc.), **envíe nuestro formulario de reclamación, copias de las facturas detalladas y todas las Explicaciones de Beneficios de su otro seguro a:**

STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196
STILLWATER, MN 55082-0196
1-800-328-2739

NO PUEDE TRAMITARSE RECLAMACIÓN ALGUNA SI NO SE HAN PROPORCIONADO TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS CON ANTERIORIDAD.

PROGRAMA DE DESCUENTOS PARA PROVEEDORES PREFERIDOS

Student Assurance Services, Inc. ha contratado los descuentos por servicios recibidos de médicos y centros participantes en la Red de Organizaciones de Atención Administrada de los EE. UU. Tenga en cuenta que los beneficios son pagaderos de la forma descrita, ya sea que utilice un proveedor participante o no. Sin embargo, para usted es más ventajoso utilizar un proveedor participante dado que tendrá costos más bajos. En el sitio web de la Red de MCO de los EE. UU. hay una lista de los médicos y centros participantes a su disposición:

www.usamco.com

CONSULTE LA PÓLIZA BASE EMITIDA A LA ESCUELA/DISTRITO ESCOLAR PARA OBTENER DETALLES ESPECÍFICOS.