Estimados Padres:

Nuestro distrito escolar proporciona cobertura por accidentes para todos los estudiantes. A continuación se presenta información importante sobre esta cobertura. Está destinada únicamente como una breve descripción de referencia y no constituye la póliza.

Solo están cubiertos los ACCIDENTES que ocurran durante actividades patrocinadas y supervisadas por la escuela, INCLUYENDO a los participantes en deportes interescolares.

DEFINICIÓN DE ACCIDENTE:

Un evento inesperado, repentino y definible que sea la causa directa de una lesión corporal, independiente de cualquier enfermedad, lesión previa o predisposición congénita.

Las condiciones que resultan de participar en una actividad no constituyen necesariamente accidentes. Por ejemplo, enfermedades, padecimientos, degeneración, condiciones causadas por estrés continuo en una parte específica del cuerpo y condiciones preexistentes agravadas por un accidente no están cubiertas.

A. Este plan de seguro es ÚNICAMENTE EXCESO: No duplicará beneficios pagados o pagaderos por cualquier otro seguro o plan, incluidos los HMO o PPO.

B. La póliza no cubrirá gastos pagaderos bajo el HMO (Organización para el Mantenimiento de la Salud) o PPO (Organización de Proveedores Preferidos) del asegurado. Si el asegurado decide no utilizar un proveedor médico autorizado, la póliza solo cubrirá los gastos que habría reconocido si se hubiera utilizado el proveedor médico adecuado.

C. El tratamiento médico por un accidente cubierto debe comenzar dentro de los 60 días posteriores al accidente. Solo se consideran los gastos incurridos dentro de las 104 semanas. Los beneficios se determinan con base en los cargos RAZONABLES Y HABITUALES para el área geográfica donde se prestan los servicios.

D. Las exclusiones específicas de la póliza incluyen, entre otras: enfermedad en cualquier forma; medicamentos sin receta; peleas; y ortesis no prescritas exclusivamente para rehabilitación (por ejemplo, férula deportiva o protector bucal).

E. Toda persona que, de manera consciente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, puede ser culpable de fraude de seguros y estar sujeta a sanciones civiles y penales.

Los accidentes deben reportarse a la escuela dentro de los 20

días. CÓMO PRESENTAR SU FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

POR ACCIDENTE:

1. Complete TODOS los espacios. Si alguna información no aplica, indique la razón (por ejemplo, fallecido o desconocido).

2. Adjunte todas las facturas DETALLADAS hasta la fecha (no estados de saldo pendiente) SOLO para GASTOS MÉDICOS. Las facturas médicas posteriores pueden enviarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha del tratamiento.

3. Incluya todas las hojas de cálculo, denegaciones y/o explicaciones de beneficios de su aseguradora principal. (Cada cargo debe ser procesado por todos los demás seguros/planes antes de que A-G Specialty Insurance pueda procesarlo).

4. Si está empleado y su empleador no proporciona cobertura, DEBE PRESENTAR UNA CARTA DE VERIFICACIÓN DE SU EMPLEADOR QUE INDIQUE QUE NO SE PROPORCIONA COBERTURA.

5. Envíe el formulario de reclamación dentro de los 90 días posteriores al accidente mediante:
Cargando todos los formularios y documentos de reclamación mediante el portal seguro de carga:
agadmin.retool.com/p/secure-file-upload

Dirija cualquier pregunta o consulta de servicio al cliente a PSIC@agadm.comPSIC@agadm.comPSIC@agadm.com

SPECIALTY INSURANCE

Mutual of Omaha

A-G Specialty Insurance es el administrador de reclamos de Mutual of Omaha

K-12 ESTUDIANTIL

Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil
Por favor complete este formilario y envialo a A-G Specialty Insurance las fracturas medicas detalladas y la explicacion de beneficios de su seguro primario.

Envie el formulario y todos los documentos usando nuestro portal seguro: agadmin.retool.com/p/secure-file-upload

Para preguntas, comuniquese con A-G Specialty Insurance, LLC a : PSIC@agadm.com

Su información:

Primer Nombre: _____ Apellido: _____

Titulo _____ Nombre de Escuela /organización Prairie State Insurance Cooperative

Dirección de Correo Electronico: _____ Telefono: _____

INFORMACION DEL TITULAR DE LA POLIZA:

Titular de la poliza/Escuela _____

Direccion de la Escuela _____

CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ESTUDIANTE:

Nombre del estudiante: _____

PRIMER NOMBRE INICIAL APELLIDO

Fecha de Nacimiento: _____ Sexo: ☐ M ■ F **Seguro Social #:** _____

Telefono del Estudiante (ode los Padres si es Menor) _____

Correo electrónico (e-mail) _____

Direcion Postal _____

CALLE CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

INFORMACION DEL ACCIDENTE:

Circunstancia: ☐ Juego ☐ Practica ☐ Otras Condiciones (Por favor explique con detalle la naturaleza de la lesión)

Tipo de Actividad: ☐Club deportivo ☐ Intramuros ☐Interescolar ☐ No es Atleta

Actividad o Deporte _____ Fecha de la lesión _____

Parte del cuerpo lesionada _____ Lugar del Accidente: _____

Naturaleza de la lesión Detalles de lo sucedido

_____

_____

_____

_____

_____

INFORMACION DEL SEGURO:

El reclamante tiene seguro Medico Primario? ☐ Si ☐ No (Adjuntar una copia si es necesario) _____

Nombre de la Compañia de Seguros: _____

Direccion de la Compañia de Seguros: _____

Calle CIUDAD ESTADO CODIGO POSTAL

Numero de poliza: _____

A-G SPECIALTY INSURANCE, LLC
PO Box 21013, Eagan, MN 55121
Ph: (610) 933-0800 *Fx:* (610) 933-4122 *Email:* PSIC@agadm.com

A-G SPECIALTY INSURANCE, LLC
En nombre de MUTUAL OF OMAHA
P.O. Box 21013 - Eagan, MN 55121 (610) 933-0800
A-G Specialty Insurance es el administrador de reclamos de Mutual of Omaha

AUTORIZACIÓN HIPAA

Para Permitir el Uso y Divulgación de Información Sanitaria

Esta Autorización fue elaborada a efectos de obtener información para procesar una solicitud de prestación.

Póliza/Certificado # SR2014IL-P-121076

Yo, el abajo firmante, autorizo a cualquier médico licenciado, profesional médico, hospital, clínica u otra instalación médica, farmacias, encargados de farmacia, agencia gubernamental, empresa de seguros, organización de seguros, agencia de informes de solvencia, grupo propietario de la póliza, empleador o administrador del plan de prestaciones a proporcionar a A-G Specialty Insurance, LLC (A-G) a algún agente, abogado o administrador independiente que actúe en su representación, cualquier información médica y sanitaria relacionada con directrices, asistencia o tratamientos proporcionados al paciente abajo nombrado. Esta información médica o sanitaria incluye información sobre el diagnóstico y tratamiento de enfermedades mentales, consumo de alcohol y drogas. También incluye información sobre el diagnóstico, tratamiento y resultados de test de VIH, SIDA y enfermedades de transmisión sexual, salvo en los casos en que la legislación estatal lo restrinja. Esta Autorización excluye notas de psicoterapia. Esta Autorización también incluye información proporcionada a nuestro departamento sanitario para suscripciones y reclamaciones e información proporcionada a cualquier empresa de seguros afiliada en solicitudes anteriores. Entiendo que yo o mi representante autorizado tendremos derecho a recibir una copia de la Autorización si la solicitamos.

Entiendo que tengo derecho a revocar esta Autorización en cualquier momento enviando una notificación por escrito a A-G, a la atención del Encargado del Departamento de Reclamaciones, a la dirección arriba indicada. Entiendo que la revocación no será efectiva en la medida en que A-G haya usado o divulgado la información sanitaria protegida o si mi Autorización fue obtenida como condición para determinar mi elegibilidad para recibir prestaciones.

Entiendo que A-G podrá condicionar el pago de una reclamación a mi firma de esta Autorización si la revelación de información fuera necesaria para determinar el nivel o validez del pago reclamado. En caso de no firmar esta Autorización o de ser revocada, A-G podría verse impedida de procesar su solicitud o evaluar reclamos presentados, y ello podrá ser motivo para denegar una solicitud o reclamo de prestaciones; sin embargo, su capacidad de recibir atención sanitaria y servicios no se verá alterada en caso de no firmar esta Autorización.

Una vez la información sea revelada a A-G en cumplimiento de esta Autorización, la información seguirá protegida por A-G de acuerdo con las leyes federales o estatales de privacidad. Sin embargo, también entiendo que si alguna persona o entidad que reciba esta información no se encontrara protegida por regulaciones federales de privacidad, la información podrá ser divulgada a su vez por dicha persona o entidad, y dejará de estar protegida por las regulaciones federales de privacidad.

Esta autorización conservará su fuerza y efecto hasta pasados dos (2) años desde la fecha de su firma, momento en el que vencerá esta autorización.

Si esta Autorización es firmada por un representante autorizado, la autoridad de dicho individuo para actuar en mi representación queda descrita abajo.

(En Letras de Imprenta) Nombre del Paciente — Fecha de Nacimiento

Firma del Paciente — Fecha

(En Letras de Imprenta) Nombre del Representante Autorizado o Familiar

Relación del Representante Autorizado o Familiar con el Paciente

Firma del Representante Autorizado o Familiar — Fecha

AUTORIZACION

DECLARACIÓN JURADA: Verifico que la declaración sobre otro seguro es verdadera y completa. Entiendo que enviar información incorrecta o falsa a través del correo de EE. UU. puede ser considerado un acto fraudulento y viola las leyes federales y las leyes estatales. Acepto que si es determinado en una fecha posterior que hay otros beneficios de seguro que se pueden cobrar en este reclamo, reembolsar A-G Specialty Insurance en la medida en que A-G no hubieran sido responsables.

Authorization PARA DIVULGAR INFORMACION: Autorizo a cualquier proveedor de atención médica, médico, profesional médico, Establecimiento, compañía de seguros, persona u organización para divulgar cualquier información médica, dental, mental, alcohol o historial de abuso de drogas, tratamiento o beneficios pagaderos, incluida información sobre discapacidad o empleo relacionada con el paciente, a los administradores de A-G y sus designados. También autorizo a los A-G Specialty Insurance a divulgar cualquier información médica y facturación a cualquier miembro de la familia o profesional médico si es necesario para facilitar los pagos.

APROVACION DE ESTUDIANTE /PADRE : Yo certifico que se ha dado la aprobación por parte del estudiante , padre o representante legal (si es menor) para presentar esta reclamo.

FIRMA DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO DE LA ESCUELA	**FECHA**
FIRMA DEL PADRE O TUTOR	**FECHA**

ADVERTENCIA PARA LOS RESIDENTES DE CALIFORNIA: La ley the Privaciodad del consumidor de California(CCPA) es una ley de privacidad interal que entró en vigencia el 1 de Enero de 2020. La CCPA brinda derechos mejorados a los residentes de California, incluyendo el derecho al acceso de información, el derecho a la eliminación de información (en ciertas circunstancias) y el derecho a optar por no participar en la venta de información. Por favor dirija cualquier consulta relacionada con la CCPA a sus representante de reclamos de su administrador externo.

ADVERTENCIA DE FRAUDE: Cualquier persona que, conscientemente y con la intención de defraudar, o ayude a cometer un fraude contra, cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa; o (2) oculta con el propósito de inducir datos falsos, o omitir información relativa a cualquier hecho material de la misma, comete o puede estar cometiendo un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y/o civiles.

ADVERTENCIA A LOS RESIDENTES DE:

Alabama: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene información falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida o beneficio es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas de restitución, encarcelamiento, o cualquier combinación de los dos.

Alaska: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona, Arkansas and Rhode Island: Presentar una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio está sujeto a sanciones penales y civiles, y específicas de AR y RI: si conscientemente se presenta información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

Californ1ia: Para su protección, la ley de California requiere que este mensaje aparezca en este formulario: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

Delaware: aCualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser es culpable de un delito grave.

Florida: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave del tercer grado.

Idaho and Indiana: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa (para Idaho) es culpable y (para Indiana) comete un delito.

Kentucky: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona la información comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito.

New York: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el proposito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañia de seguros u otra persona comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda de cinco mil dolares y el valor declarado de la reclamación por cada una de esas violaciones.

Pennsylvania: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y contiene información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito y somete a dicha persona presentando esta reclamación a sanciones penales y civiles.

Louisiana: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

New Mexico: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida culpable de un delito y puede estar sujeto a multas civiles y sanciones penales.

Texas: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión estatal.

West Virginia: Cualquier persona que conscientemente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una Ph: pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

Maryland: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene informaciän engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento en prisión.

New Jersey: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso, fraudulento o con información engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles.

Ohio: Cualquier persona que conscientemente y deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento por el pago de una pérdida que contiene información engañosa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y de fraude de seguro

Oklahoma: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar a una compañía de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa puede ser culpable de un delito grave.

Oregon: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, e intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona la información comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, puede ser sujeto a enjuiciamento.

Puerto Rico: Cualquier reclamación que es presentada conscientemente y con la intención de herir, defraudar o engañar una compañia de seguros que contiene información falsa, incompleta o engañosa ayuda a la causa de presentación de una reclamación fraudulenta y presenta más de una reclamación por el mismo daño o pérdida, incurrirá en un delito grave y, en caso de condena, será sancionado por cada violación con la pena de una multa de no menos de cinco mil (5.000) dólares y no más de diez mil (10.000) dólares, o una pena de prisión fija por tres (3) años , o ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, la sanción así establecida podrá incrementarse hasta un máximo de cinco (5) años; si existen circunstancias atenuantes, puede reducirse a un mínimo de dos (2) años.

ADVERTENCIA:

Colorado: Es ilegal conscientemente proporcionar o declarar hechos y/o información falsa, incompleta o engañosa a una compañia de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañia. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañia de seguros o agente de una compañia de seguros que con intención proporcione datos o información engañosa a un asegurado o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la el asegurado o reclamante con respecto a un acuerdo o premio por los ingresos del seguro será reportado a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.

District of Columbia: 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 penas de prisión y/o multas. Además, una aseguradora puede denegar los beneficios del seguro si el solicitante proporcioná información falsa relacionada materialmente con una reclamación.

Hawái: Presentar una reclamación fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio es un delito castigado con multas o prisión, o ambos.

Maine, Tennessee, Virginia and Washington: Es un delito conscientemente proporcionar a s información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o una denegación de beneficios de seguro.

Minnesota: Una persona que presenta una reclamación con la intención de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra una aseguradora es culpable de un delito.

NUEVO Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de herir, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, eta o engañosa está presente una declaración de reclamo que contenga cualquier información falsa, incompl sujeta a enjuiciamiento y castigo por fraude de seguro según lo dispuesto en RSA 638.20.

seguro, según lo dispuesto en RSA 638.20.

COMO PRESENTAR UN RECLAMO

Para procesar su reclamo, por favor enviar los tres documentos siguientes :

1. Formulario de Reclamo completo y firmado.
2. Facturas Medicas Detalladas (No se acceptan "estado de saldo adeudado/balance due statements)
3. Explicación de los beneficios del estudiante, si cuenta con Seguro de Salud Primario. Estos documentos pueden ser enviados a través de nuestro portal seguro: agadmin.retool.com/p/secure-file-upload

Alternativamente pueden ser enviados por correo postal, correo electronico o via fax :

A-G Claims Department
PO Box 21013
Eagan, MN 55121 (610)
933-4122 Fax

Si tiene preguntas contactenos a: (610) 933-0800 or PSIC@agadm.com

1. El Formulario de reclamo: (copia en la segunda página) nos permite abrir un reclamo para el tratamiento de su lesión. Para evitar demoras, asegúrese de completar totalmente la parte de "otro seguro" del formulario de reclamo. El formulario de reclamo debe estar firmado por un oficial autorizado de la escuela.

2. Facturas médicas detalladas y copias de todos sus recibos: Las facturas médicas detalladas deben mostrar el nombre y la dirección del proveedor del servicio, la fecha de servicio, el tipo de servicio, los cargos, códigos CPT y Diagnósticos (ICD-10). Típicamente estas facturas son generadas en formularios UB04, UB92, HCFA1500, CMS1500, puede obtenerlas por su nombre del departamento de facturas de la facilidad/officina que a proveído el servicio. [No se aceptarán estados de cuenta o “balances pendientes” o formularios que no contengan amenos los códigos CPT o Diagnósticos, este es el tipo de factura que tipicamente llega en el correo.]

3. Explanation of Benefits: Todas las facturas médicas deben enviarse primero al seguro de salud primario para determinar su elegibilidad. Si los cargos no son pagados en su totalidad por su seguro primario, necesitaremos ver una copia de la "Explicación de beneficios" que refleje el balance adeudadola negación del reclamo. En dado caso, asegúrese de que los padres tengan instrucciones de como enviarnos estos documentos.