

EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN

El período de presentación oportuna es de un año y noventa días. No espere para enviar la información, ya que la reclamación podría ser rechazada.

Envíe el formulario completo por correo electrónico, fax o correo postal a:
STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196
STILLWATER, MINNESOTA 55082

AVISO: Toda persona que tergiverse o falsifique intencionalmente la información esencial que se solicita en este formulario puede ser condenada a una multa o encarcelamiento.

PROCEDIMIENTO DE RECLAMACIÓN:

1. Un funcionario de la escuela debe completar y firmar la PARTE A*.
2. El padre, la madre o el tutor del estudiante debe completar la PARTE B.
3. Vea los procedimientos de reclamación importantes en la página 2.

PARTE A: AVISO DE LESIÓN

1. Nombre de la escuela _____ Nombre de distrito escolar _____
Dirección de la escuela _____
(Ciudad) (Estado) (Código postal)
2. Nombre del estudiante _____ Grado _____
3. Fecha de la lesión _____ ☐ a. m. ☐ p. m.
4. Persona a cargo en ese momento _____ ¿La persona fue testigo? _____
5. El accidente ocurrió cuando el asegurado participaba en:

DEPORTES INTERESCOLARES

- ☐ Práctica ☐ Traslado hacia/desde el deporte
☐ Juego
¿Qué deporte? _____

DEPORTES NO INTERESCOLARES

- ☐ Traslado hacia/desde la escuela ☐ Actividad no escolar
☐ En el salón de clases ☐ Educación física
☐ Otra actividad: _____
☐ En dependencias de la escuela

6. Parte del cuerpo que se lesionó _____ ☐ Izquierda ☐ Derecha
7. Describa en detalle cómo y cuándo ocurrió la lesión _____

Persona que informa _____
(Firma del funcionario de la escuela) (Cargo) Fecha (mm/dd/aaaa)

(*Uno de los padres puede completar la Parte A si se adquirió Cobertura de Tiempo Completo).
INFORMACIÓN IMPORTANTE EN la página 2

PARTE B: DECLARACIÓN DE LOS PADRES

1. Nombre del estudiante _____ Fecha de nacimiento _____
Fecha (mm/dd/aaaa)
N.º de seguro social del estudiante _____ - _____ - _____
Nombre de los padres _____ Relación con el asegurado _____
Dirección postal _____
(Calle, ruta, apartado de correos, dpto. o n.º de lote) (Ciudad) (Estado) (Código postal)
2. Número de teléfono de casa _____
3. Ocupación del padre _____ Empleador _____
Ocupación de la madre _____ Empleador _____
4. ¿Tiene cobertura de seguro? ☐ Sí ☐ No ¿El estudiante está cubierto por su plan de seguro? ☐ Sí ☐ No
Nombre de la compañía de seguro _____
☐ Grupal ☐ Individual ☐ Medicaid ☐ CHIP ☐ Tricare ☐ Ninguno

Por el presente, autorizo a los médicos, profesionales médicos, hospitales, clínicas, otros centros médicos o relacionados con la medicina, compañías de seguros u otras organizaciones, instituciones o personas que tengan registros o conocimiento de la salud física o mental del reclamante a proporcionar dicha información a STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC. Para facilitar el rápido envío, autorizo a todas las fuentes mencionadas a proporcionar tales registros o conocimiento a los agentes que la compañía de seguros utilice para reunir y transmitir dicha información. Una fotocopia de esta autorización tendrá la misma validez que el documento original. Esta autorización vencerá un año después de la fecha en que se firme. Al ingresar mi nombre abajo, expreso mi intención de firmar este formulario de reclamación y garantizo que toda la información proporcionada es verdadera, completa y precisa.

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

PARA PADRES O TUTORES:

PASOS A SEGUIR PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:

1. Solo es necesario presentar un formulario de reclamación completo de Student Assurance Services, Inc. (SAS) por cada accidente. Los estudiantes deben ser atendidos por un médico autorizado o en un centro autorizado dentro del plazo establecido en la póliza.
2. El formulario de reclamación y el resumen de beneficios se encuentran disponibles en el sitio web de SAS: www.sas-mn.com. No obstante, el uso de este formulario no garantiza beneficios ni confirma la cobertura dentro del plan. Los beneficios y la elegibilidad se evaluarán cuando se presente la reclamación, sujetos a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones del plan.
3. Un funcionario de la escuela **debe** completar la Parte A del formulario de reclamación para todos los accidentes relacionados con la escuela. El padre, la madre o el tutor debe completar la Parte B: Declaración de los padres, del formulario de reclamación. Se deben responder todas las preguntas del formulario de reclamación. Si el accidente no tiene relación con la escuela; el padre, la madre o el tutor **puede** completar la Parte A y la Parte B.
4. Junto con el formulario de reclamación completo, envíe copias de las **facturas pormenorizadas** del estudiante. **Los estados de cuenta de saldos adeudados no se pueden procesar.** Las facturas pormenorizadas, a menudo denominadas UB-04 o CMS-1500, deben incluir la dirección, la fecha del servicio, el código del procedimiento, el código del diagnóstico, el número de identificación fiscal federal y el número de identificación nacional de proveedor (national provider identifier, NPI) del médico o centro tratante. **Este plan tiene una fecha límite de presentación oportuna; no espere para enviar la información.**

Nota: Se puede entregar una copia del formulario de reclamación al médico o centro tratante. El proveedor puede enviar las facturas pormenorizadas UB-04 o CMS-1500 directamente a SAS en nombre del estudiante. Sin embargo, NO se debe depender del proveedor para enviar el formulario de reclamación o las facturas pormenorizadas a SAS. Proporcionar esta información es responsabilidad del padre, la madre o tutor.

5. **Primero envíe copia de las facturas pormenorizadas a la compañía del seguro grupal o familiar primario del estudiante,** aunque dicho plan de seguros tenga un deducible o copago alto. Este plan paga en segundo lugar o de forma complementaria a otras coberturas válidas (no aplica a planes primarios de SAS). Este plan no cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por el plan de seguro primario. El otro plan de seguro proporcionará una explicación de beneficios (explanation of benefits, EOB); en donde detallará el pago, la cancelación, el deducible, el copago y el coseguro.
6. Envíe el formulario de reclamación completo, las facturas pormenorizadas del estudiante y las EOB de otros seguros por correo postal, fax o correo electrónico a:

STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.
P.O. BOX 196
STILLWATER, MN 55082-0196
Fax: (651) 439-0200
Correo electrónico: claims@sas-mn.com
Número de teléfono: 1-800-328-2739

NO PUEDE TRAMITARSE RECLAMACIÓN ALGUNA SI NO SE PROPORCIONAN A SAS TODOS LOS SIGUIENTES DOCUMENTOS:

1. Formulario de reclamación completo
2. Facturas pormenorizadas (UB-04 o CMS-1500)
3. Explicación de beneficios (EOB) del plan de seguro primario
4. **PARA RECLAMACIONES DE COBERTURA DENTAL: formulario de facturación pormenorizada estándar de American Dental Association**

PARA VER DETALLES ESPECÍFICOS, CONSULTE LA PÓLIZA BASE EMITIDA PARA LA ESCUELA O DISTRITO ESCOLAR.