

Formulario de Reclamo de Accidente del Estudiante

El Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil (SACF, por sus siglas en inglés) debe presentarse dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la lesión. Por favor, guarde una copia para sus archivos.

EXCESOS CUBIERTOS - Los gastos cubiertos elegibles se pagarán solo si son superiores a otros seguros válidos y cobrables. **Usted deberá presentar su reclamo a todas las demás compañías de seguros primero.** Por favor comuníquese con los proveedores médicos donde se recibió el tratamiento, proporcione la información de facturación de ADL Risk Services (ADL) como su seguro secundario y solicite que se facture directamente a ADL. También puede obtener, de los proveedores médicos, todas las facturas detalladas y la explicación de beneficios del seguro primario (EOB). Los beneficios por gastos elegibles se pagarán según los términos del Plan de Beneficios. El tratamiento debe comenzar dentro de los 30 días a partir de la fecha de la lesión por un médico con licencia. Cada lesión tiene un período de beneficios de un año (52 semanas). No se confíe en el proveedor para presentar un reclamo por usted. **Usted es responsable de presentar su formulario de reclamo y toda la información adicional.** NO ES NECESARIO UN FORMULARIO ADICIONAL DE RECLAMACIÓN. Consulte el documento de instrucciones de reclamaciones adjunto para obtener información adicional. Los Beneficios del Plan Accidentes para estudiantes son limitados y pueden no proporcionar una cobertura del 100%. Este no es un plan de seguro médico de salud importante.

ENVIAR EL FORMULARIO A:

Plan Administrator
 ADL Risk Services, LLC
 556 Clay Street
 Montgomery, AL 36104
 Teléfono: 844.350.9897
 Fax Seguro: 334.649.7901
 Correo electrónico: info@adlrs.com

PRIMERA PARTE 1: Notificación de la Escuela de Reporte de Lesiones

Distrito Escolar / Titular del plan: Richland SD One, SC		Nombre de la Escuela: SC2019-20-01-101	
Nombre del estudiante (Primer nombre)	(Segundo Nombre):	(Apellido):	
Fecha de nacimiento: ____/____/____	No. de Seguridad Social (solo los últimos cuatro dígitos):	<input type="checkbox"/> hombre <input type="checkbox"/> mujer	Grado:
Fecha del accidente/lesión ____/____/____ Hora: _____ Lugar: _____	Nombre de la Actividad o tipo de deporte: _____		Parte del cuerpo lesionado: _____ <input type="checkbox"/> lado izquierdo <input type="checkbox"/> derecho
En el momento del accidente, ¿Estaba el estudiante involucrado en una actividad patrocinada y supervisada por el titular del Plan?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En el momento del accidente, ¿El estudiante viajaba hacia o desde una actividad escolar programada regularmente?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cómo ocurrió la lesión?			
Nombre del Funcionario Escolar:		¿Fue él / ella un testigo del accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma del Representante de la Escuela: X _____	Título: _____	Fecha: ____/____/____	
La parte 1 debe estar firmada por un funcionario autorizado del titular del plan o la reclamación no se puede procesar			

PARTE 2: INFORMACIÓN DEL SEGURO

¿El estudiante está cubierto por alguna otra póliza de seguro, ya sea como dependiente o bajo un grupo, o bajo una póliza de responsabilidad civil o individual, póliza médica del automóvil? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es Sí, nombre de la compañía de seguros: _____ ¿Es esto <input type="checkbox"/> Grupo <input type="checkbox"/> Individual
Nombre del Asegurado: _____ Póliza# _____
¿Es el seguro anterior un plan de Medicaid o un Seguro Militar (como TriCare?) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

PARTE 3: DECLARACIÓN DEL PADRE / TUTOR

Nombre del Padre o Tutor (por favor escriba en letra legible):		Nombre de la Madre o Tutora (por favor escriba en letra legible):	
Teléfono	Email	Teléfono	Email
Dirección de los Padres o Tutores (incluya la Ciudad, el Estado, el Código Postal):			
¿Es el Padre o Tutor empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Es la Madre o Tutora empleada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Empleador:		Empleador:	
<p>AUTORIZACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA Y ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS: Autorizo a cualquier Proveedor de Atención Médica, Establecimiento Médico, Médico, Compañía de Seguros u Organización para que le proporcione a petición de ADL Risk Services, LLC o las compañías de suscripción con las que trabaja, la información que puede poseer, incluir, resultados y tratamientos prestados y copias de todos los registros médicos y hospitalarios para los servicios profesionales y la atención hospitalaria prestados en mi nombre. La autorización anterior se otorga en el entendido de que cualquier derecho legal que normalmente haya para reclamar comunicaciones entre nosotros como privilegios se renuncia expresamente y voluntariamente por este medio. Un Photostat de esta autorización se considerará tan válido y efectivo como el original. Los pagos se realizarán a los proveedores del servicio, a menos que un recibo/declaración de pagos acompañe la presentación del reclamo médico. Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.</p>			
FIRMA DEL PADRE O TUTOR: _____		FECHA: ____/____/____	

INSTRUCCIONES PARA LA ESCUELA

PRESENTANDO UNA RECLAMACIÓN MEMORANDUM DE PROCEDIMIENTOS E INFORMACION

Escuelas que participan en el Plan de Beneficios de Exceso con cero deducible del grupo Medico de Accidente

Este seguro contra accidentes es un plan adicional y no está destinado a pagar el 100% de las facturas. Esto no es y nunca puede convertirse en un importante plan médico de salud.

UNA VEZ OCURRIDO EL ACCIDENTE

Un representante de la escuela (entrenador o director) debe obtener el Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil de su Escuela. Sólo se necesita una formulario por lesión. Para ser un accidente cubierto, la lesión debe ocurrir durante una actividad supervisada y patrocinada por la asociación / escuela, el tratamiento debe comenzar dentro de los 30 días de la lesión por un médico legalmente calificado, y el formulario de lesión debe presentarse dentro de los 90 días de la lesión. Hay un período de beneficios de un año (52 semanas) a partir de la fecha de la lesión.

1. Por favor deseche todos los formularios y copias anteriores. Use el **Formulario de Reclamo de Accidente de Estudiante** del año escolar actual y esta nota de procedimiento para hacer copias o puede visitar nuestro sitio web en www.adlrs.com e imprimir formularios adicionales.
2. Lea las instrucciones de reclamo que se encuentran en la parte superior del **Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil**.
3. Parte 1 (Escuela) - **Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil** - Responda cada pregunta completamente y firme en el cuadro Firma del representante de la escuela. Incluya su título y fecha.
4. Parte 2 y Parte 3 (Padre / madre / tutor) - **Formato de Reclamo de Accidente del Estudiante** - Haga que el padre / madre / tutor complete la parte 2, la información del seguro y la parte 3, la declaración y la firma del padre / madre / tutor.
5. Guarde una copia para sus registros.
6. Entregue una copia de la hoja de Instrucciones de Presentación de Reclamaciones de Accidentes Estudiantiles al padre o tutor.
7. **Informe a los padres / tutores a que envíen una COPIA del Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil inmediatamente a la siguiente dirección, fax seguro o correo electrónico:**

Plan Administrator
ADL Risk Services, LLC
556 Clay Street
Montgomery, AL 36104
Teléfono: 844.350.9887
Fax Seguro: 334.649.7901
Scan un Correo Electrónico a info@adlrs.com

8. El padre / tutor debe comprender que este es un plan de exceso completo con un período de beneficios de un año (52 semanas) desde la fecha de la lesión. Primero deben presentar y seguir los procedimientos de cualquier otro plan médico individual, grupal o familiar. **Es responsabilidad de los padres / tutores, no de los proveedores médicos o de la escuela, presentar el formulario de reclamación de accidente del estudiante debidamente completado.**

SI UD NECESITA HACER PREGUNTAS DE SEGUIMIENTOS DESPUES DE PRESENTAR UNA RECLAMACION

Ud puede realizarlo a través de los siguientes:

Por Telf: 844.350.9897 o por correo electronico: info@adlrs.com



ADLRISK SERVICES, LLC

Plan Administrator
556 Clay Street
Montgomery, AL 36104
Teléfono: 844.350.9897
Fax Seguro: 334.649.7901
Email: info@adlrs.com

Accidente Estudiantil

Instrucciones de Presentación de Reclamaciones

NO DEMORE: El Formulario de Reclamo de Accidente Estudiantil debe presentarse dentro de los 90 días posteriores a la FECHA DE LA LESIÓN; si no se presenta dentro de los 90 días a partir de la fecha de la lesión, puede resultar en la denegación del reembolso de la reclamación, en su totalidad. El tratamiento debe comenzar dentro de los 30 días a partir de la fecha de la lesión por un médico con licencia. Este es un plan médico por exceso de accidentes con un período de beneficios de un año (52 semanas) desde la fecha de la lesión.

1. Formulario de Reclamo de Accidentes / Lesiones de ADL Risk Services:

El formulario será proporcionado por la escuela y la **PARTE UNO** (1) debe ser completada y firmada por un representante autorizado de la escuela. La **PARTE DOS** (2) y la **PARTE TRES** (3) deben ser completadas y firmadas por el padre o tutor. Si está empleado, pero no tiene seguro, indique "SIN SEGURO" en la **PARTE DOS** (2). **TENGA EN CUENTA:** Si el formulario de reclamación de accidente del estudiante no se completa y firma correctamente, esto retrasará cualquier reclamación que se esté procesando.

2. Comuníquese con todos los proveedores médicos donde se recibió el tratamiento e infórmeles que tiene un seguro de accidentes secundario. Por favor proporcione al proveedor médico la información de facturación de ADL Risk Services y pídale que facture a ADL Risk Services directamente después de facturar a su seguro de salud primario. También puede obtener y adjuntar copias de la Explicación de Beneficios (EOB) de su proveedor primario y todas las facturas médicas detalladas, conocidas como CMS-1500 (formulario de facturación del médico) y UB-04 (formulario de facturación del hospital). Las facturas médicas detalladas deben mostrar los Códigos de diagnóstico, servicio y procedimiento (CPT, HCPCS) por los servicios prestados, así como otra información necesaria para el procesamiento del seguro. Los estados de saldos vencidos NO son facturas detalladas y no pueden ser procesados y pagados por ADL Risk Services. Este plan de seguro contra accidentes es un seguro en exceso, lo que significa que los beneficios se brindan después de que TODOS los demás seguros válidos y cobrables hayan procesado el reclamo médico.

3. En el caso de una lesión dental, el plan cubrirá la lesión accidental de dientes sanos y naturales. La reclamación debe presentarse tanto para el seguro dental como para el seguro médico, si está disponible. En lo que respecta al reembolso de los gastos de medicamentos recetados, necesitaremos una copia de la factura detallada de medicamentos recetados. No se aceptarán recibos de caja registradora solamente.
4. Si ya pagó al proveedor de servicios médicos y desea que se le reembolse directamente, adjunte un recibo o declaración que compruebe el pago junto con las facturas detalladas y las EOBs principales.
5. Envíe el formulario de reclamo completado, las facturas detalladas y la Explicación de Beneficios del seguro primario a ADL Risk Services a través del correo postal, fax o correo electrónico en USA.

FAX	US MAIL	E-MAIL
334.649.7901	556 Clay Street Montgomery, AL 36104	info@adlrs.com

6. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con ADL Risk Services al 844.350.9897 para hablar sobre su reclamo. Tenga en cuenta que puede llevar varias semanas procesar y resolver su reclamo. Cuando se comunique con ADL Risk Services, tenga a mano su formulario de reclamo para garantizar una asistencia rápida.

NOTA: Cuando ADL Risk Services procesa una reclamación presentada, se enviará una Explicación de Beneficios (EOB) al proveedor médico del servicio con cualquier pago con cheque. También se envía una EOB a la dirección del archivo del padre / tutor que explica los detalles del pago del reclamo. Si falta información para que ADL Risk Services procese y pague una reclamación pendiente, se le enviará por correo una Denegación de Reclamación que indique lo que debe enviarse a ADL Risk Services para el reprocesamiento y el pago de la reclamación médica. Todas las reclamaciones presentadas están sujetas a los términos, condiciones y beneficios del plan, tal como se describe en la cobertura seleccionada por el titular del plan.

SI NECESITA HACER PREGUNTAS DE SEGUIMIENTO DESPUÉS DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN

Puede hacerlo a través de uno de los siguientes:

Por teléfono: 844.350.9897 o por email: info@adlrs.com