

التأمين ضد حوادث وأمراض الطلاب تعليمات رفع الدعوى

للوالدين/الأوصياء القانونيين (أو الطالب في السن القانوني)

شروط وأحكام التغطية

قبل حدوث أي إصابة أو مرض أو في أقرب وقت ممكن بعد ذلك، يُرجى التعرف على شروط وأحكام التغطية بما في ذلك: الأنشطة المشمولة باللغطية، والمزايا، والاستثناءات، والمتطلبات والقيود، والمواعيد النهائية المهمة، وما إلى ذلك. يمكن العثور عليها في السياسات المسجلة لدى السلطات المدرسية/الأبرشية، أو الكليات، والمطبوعة المستخدمة لتأمين التغطية، أو عبر الإنترنت، أو من خلال الاتصال بنا مباشرةً على الرقم 800-4695 (800).



نموذج الدعوى والإبلاغ



الإبلاغ عن الإصابات المتعلقة بالمدرسة/الأبرشية فوراً إلى مسؤولي المدرسة، مع تقديم أكبر قدر ممكن من التفاصيل. اطلب نموذجاً خاصاً بدعوى "التأمين ضد الحوادث والأمراض للطلاب" من المدرسة/الأبرشية، واطلب من أحد مسؤولي المدرسة/الأبرشية المعتمدين ملء الجزء "أ" من النموذج بالكامل وبووضوح. إذا كانت الإصابة المبلغ عنها غير مرتبطة بالمدرسة/الأبرشية، فيمكنك ملء الجزء "أ" بنفسك. مطلوب نموذج دعوى واحد فقط لكل إصابة أو حالة.

بـالكامل وبووضوح أملأ الجزء "ب" (ستتسبّب الحقول المفقودة في حدوث تأخيرات) وقم التوقيعات عند الطلب، وقم بتاريخها وإعادتها إلى مكتبنا بالإضافة إلى الفواتير المفصلة لديك وشرح المزايا (EOB) من أي خطة تأمين أو خطة صحية أخرى معمول بها.



العثور على مقدم رعاية صحية

لكل مطلق الحرية في اصطحاب طفلك إلى أي مقدم رعاية صحية مُرخص له بشكل صحيح، ولكن قد يتم خفض التكاليف النثرية إذا كنت تطلب الرعاية من مقدمي الرعاية المعتمدين مع First Health Network أو First Choice Health Network (WA) فقط. يمكن العثور على مقدمي الخدمات المعتمدين على من خلال HMO، فُيرجي العلم بأنه قد يتم خفض المزايا بموجب العديد من خطط التأمين الشامل الخاصة بالمدرسة/الأبرشية إذا كنت تبحث عن خدمات خارج الشبكة غير مُصرّح بها مسبقاً من قبل HMO. لا ينطبق تحديد المزايا المحتملة هذا على أي من خططنا المشتركة بشكلٍ فردي ولا ينطبق على الرعاية الطارئة.



عند طلب العلاج

- أعطي قسم الفواتير/القبول الخاص بـمقدم الخدمة معلومات التأمين/الخطة الصحية الأساسية الخاصة بك (إن وجدت).
- إذا كنت قد اشتريت إحدى خططنا الفردية لطفلك، فقم ببطاقة هوية تأمين الطالب الخاصة بك. إذا كان طفلك مشمولاً باللغطية بموجب خطة تأمين شاملة تدفعها المدرسة/الأبرشية، فأخبر قسم الفواتير بذلك وحدد المنطقة، أو المنطقة التعليمية، أو الأبرشية، أو النظام المدرسي الآخر المعنى والمدرسة/الأبرشية المحددة في كلتا الحالتين، اشرح أن طفلك لديه تأمين على المصارييف الطبية يقدم مزايا على أساس إصافي أو ثانوي وأنه ليس ما يشار إليه أحياناً باسم تأمين "الطرف الثالث". الطالب هو المؤمن عليه.
- اطلب من قسم الفواتير إضافة Myers-Stevens & Toohey إلى نظامهم كمُسند وإرسال الفواتير المفصلة الموضحة أعلاه مباشرةً (مفضلة!) أو إرسال نفس الفواتير إلينا. قد يساعد إخبار مقدم الخدمة بأنك تُخصّص له مزايا تساعد على تسهيل العملية. إذا واجهتك صعوبة، فُيرجي الاتصال بنا وسيسعدنا مساعدتك.



إذا كان طفلك يتمتع بتأمين آخر أو تغطية صحية أخرى

ارفع دعوى باستخدام هذه الخطة الرئيسية (باستثناء Medicaid) وأرسل لنا نسخاً من "شرح المزايا" أو "EOB" بمجرد معالجتها.



ما الذي يحتاجه من مقدمي الرعاية الذين يرون طفلك*

من أجل تقييم دعونك وتقديم المزايا، سنحتاج إلى فواتير مفصلة بالكامل من أي من مقدمي الخدمات الذين تتم رؤيتهم. تعرف هذه باسم نموذج HCFA 1500 أو CMS 1500 المقدم من مقدمي الخدمات مثل الأطباء ونموذج UB04 المقدم من مراقب UB-9S عند تعيين المزايا لمقدمي الخدمات التالية:

- الرموز الإجرائية أو رموز الإبرادات - تُخبرنا بما تم القيام به لتقديم/معالجة المشكلة
- رقم المعرف الضريبي لمقدم الخدمة - مطلوب لإصدار W-9s عند تعيين المزايا لمقدمي الخدمات
- معرف مقدم الخدمة الوطني (NPI) - مطلوب للامتثال للوائح الفيدرالية
- تاريخ (تاريح) الخدمة
- الرسوم المفروضة
- الرموز التشخيصية - تُخبرنا بأي مشكلة تتعلق بطفلك

ملاحظة - نحن غير قادرين على استخدام "البيانات" المقدمة من مقدمي الخدمات، أو شرح المزايا الخاصة بالخطة الصحية الأولية أو استلام المدفوعات بدلاً من الفواتير المفصلة المطلوبة كما هو موضح أعلاه.

*إذا كان لديك Kaiser، فاطلب "بيانات مجاملة" من خدمات أعضاء Kaiser تتضمن المعلومات المذكورة أعلاه. يُرجى التأكيد من أن الوثائق المقدمة تشير إلى الجزء الذي تلتزم بدفعه من الرسوم، إن وجدت، من جيتك الخاص.



الخطوات النهائية

إرسال: 1) نموذج دعوى مكتمل؛ 2) فواتير مفصلة البنود؛ 3) شرح مزايا متعلق بتأمين آخر/خطة صحية أخرى (عند الاقتضاء) من أجل:

MYERS-STEVENS & TOOHEY

Attn: Claims Department
26101 Marguerite Parkway
Mission Viejo, CA. 92692

البريد الإلكتروني: claimsinfo@myers-stevens.com أو الفاكس: (949) 348-9350 أو

STUDENT ACCIDENT & SICKNESS INSURANCE CLAIM FORM
PART A
SCHOOL/PARISH STATEMENT

(Parent or legal guardian may complete Part A if injury is not school/parish-related)

NAME OF CLAIMANT	FIRST	MI	LAST	AGE	GRADE	<input type="checkbox"/> FEMALE	<input type="checkbox"/> MALE	DATE OF BIRTH
				MO	DAY	YR		
ADDRESS OF CLAIMANT				CITY	STATE	ZIP CODE		
IS THE CLAIMANT A:					ID # FROM ID CARD (If applicable)			
<input type="checkbox"/> STUDENT <input type="checkbox"/> STAFF <input type="checkbox"/> VOLUNTEER <input type="checkbox"/> OTHER _____								
NAME OF SCHOOL/PARISH					NAME OF DISTRICT, DIOCESE OR OTHER SCHOOL SYSTEM			
SCHOOL/PARISH MAILING ADDRESS		CITY	STATE	ZIP CODE	SCHOOL CONTACT EMAIL ADDRESS			
DURING WHAT ACTIVITY DID THE INJURY OCCUR? <input type="checkbox"/> INTERSCHOLASTIC PRACTICE <input type="checkbox"/> INTERSCHOLASTIC GAME <input type="checkbox"/> P.E. <input type="checkbox"/> CLASSROOM <input type="checkbox"/> PLAYGROUND <input type="checkbox"/> TRAVEL <input type="checkbox"/> AT HOME <input type="checkbox"/> FIELD TRIP <input type="checkbox"/> RELIGIOUS EDUCATION <input type="checkbox"/> CONFIRMATION <input type="checkbox"/> YOUTH MINISTRY <input type="checkbox"/> YOUNG ADULT MINISTRY <input type="checkbox"/> CYO <input type="checkbox"/> PAL <input type="checkbox"/> OTHER _____								
WAS THE CLAIMANT PARTICIPATING IN A SPORT NOT SCHOOL/PARISH-SPONSORED AND SUPERVISED? IF YES, LIST NAME OF SPORTS ORGANIZATION:			TYPE OF SPORT:		DOES THE SCHOOL/PARISH HAVE ANY RECORD OF ANY HEALTH COVERAGE FOR THE CLAIMANT? IF YES, name of plan:			
DATE OF INJURY/SICKNESS	TIME OF INJURY A.M. / P.M. (Circle One)	WHAT PART AND/OR AREA OF THE BODY WAS INJURED? (Additional details may be provided below)	<input type="checkbox"/> RIGHT _____	<input type="checkbox"/> LEFT _____	HAS THE CLAIMANT SUFFERED FROM SAME OR SIMILAR CONDITION BEFORE? IF YES, WHEN?			
PROVIDE DETAILS ON HOW AND WHERE THE INJURY OR ILLNESS OCCURRED. PLEASE BE SPECIFIC								
NAME AND TITLE OF SUPERVISING OFFICIAL AT TIME OF INJURY		WAS HE/SHE A WITNESS TO THE ACCIDENT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			DATE SCHOOL/PARISH WAS NOTIFIED			
NAME AND TITLE OF OFFICIAL COMPLETING FORM		SIGNATURE X	DATE SIGNED		SCHOOL/PARISH TELEPHONE NUMBER			

PART B
PARENT OR LEGAL GUARDIAN INFORMATION

NAME OF CLAIMANT'S PRIMARY PHYSICIAN	ADDRESS			PHONE NUMBER
IS THE CLAIMANT COVERED, DIRECTLY AND/OR AS A DEPENDENT UNDER ANY OTHER INSURANCE OR HEALTH PLAN(S)? IF YES, NAME OF PLAN(S)			<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	POLICY NUMBER(S)
NAME OF CLAIMANT'S EMPLOYER (if applicable)			PHONE NUMBER	
NAME OF FATHER OR LEGAL MALE GUARDIAN		EMAIL ADDRESS		MOBILE TELEPHONE NO.
ADDRESS		CITY	STATE	ZIP CODE
NAME OF EMPLOYER <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Unemployed			WORK TELEPHONE	
ADDRESS OF EMPLOYER		CITY	STATE	ZIP CODE
NAME OF MOTHER OR LEGAL FEMALE GUARDIAN		EMAIL ADDRESS		MOBILE TELEPHONE NO.
ADDRESS		CITY	STATE	ZIP CODE
NAME OF EMPLOYER <input type="checkbox"/> Self Employed <input type="checkbox"/> Part Time <input type="checkbox"/> Unemployed			WORK TELEPHONE	
ADDRESS OF EMPLOYER		CITY	STATE	ZIP CODE

AUTHORIZATION: I hereby authorize any School, Participating Organization, Policyholder, trust, employer, insurance company, health plan, medical/dental provider or other person or entity to release any information/documentation needed to process this claim to Myers-Stevens & Toohey Co., Inc. (MST) or its insuring company when requested by them to do so. This may include but is not limited to: details of the reported loss; identification of witnesses and supervisors; verification of other insurance or health coverage; coverage terms; explanations of benefits; complete health records including those involving mental/emotional disorders and substance abuse; prescription drug history and fully itemized bills in the form of CMS/HCA 1500s and UB04s. If the claim is reportedly the result of participating in a School, Participating Organization or Policyholder activity, I authorize MST to share information concerning this claim as necessary with representatives of the School, Participating Organization or Policyholder as applicable. I understand that the authorization to release claim-related information/documentation to MST will terminate two years from the date of signature unless terminated in writing on an earlier date by me. A photo static/digital copy of this authorization shall be considered as valid and effective as the original.

NAME _____ RELATIONSHIP TO CLAIMANT _____ SIGNATURE **X** _____ DATE _____

ASSIGNMENT OF BENEFITS: I authorize the payment of benefits directly to the provider(s) of services and/or supplies associated with this claim.

NAME _____ RELATIONSHIP TO CLAIMANT _____ SIGNATURE **X** _____ DATE _____

FRAUD WARNING: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other persons, files a statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime, subject to criminal prosecution and/or civil penalties.

I have read and acknowledge the General Fraud Warning above and the specific version for my state on the reverse side.

NAME _____ RELATIONSHIP TO CLAIMANT _____ SIGNATURE **X** _____ DATE _____

STATE-SPECIFIC FRAUD WARNINGS

Alabama: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to restitution, fines, or confinement in prison, or any combination thereof.

Alaska: A person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive an insurance company files a claim containing false, incomplete or misleading information may be prosecuted under state law.

Arizona: For your protection Arizona law requires the following statement to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is subject to criminal and civil penalties.

Arkansas, Louisiana, Rhode Island, West Virginia: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment for a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

California: For your protection California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

Colorado: It is unlawful to knowingly provide false, incomplete, or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to a policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

Delaware: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

District of Columbia: WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

Florida: Any person who knowingly and with intent to injure, defraud, or deceive any insurer files a statement of claim or an application containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony of the third degree.

Hawaii: For your protection, Hawaii law requires you be informed that presenting a fraudulent claim for payment of a loss or benefit is a crime punishable by fines or imprisonment, or both.

Idaho: Any person who knowingly, and with intent to defraud or deceive any insurance company, files a statement containing any false, incomplete, or misleading information is guilty of a felony.

Indiana: Any person who knowingly, and with intent to defraud an insurer, files a statement of claim containing false, incomplete or misleading information commits a felony.

Kentucky: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files a statement of claim containing any materially false information or conceals, for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime.

Maine, Tennessee, Virginia, Washington: it is a crime to knowingly provide false, incomplete or misleading information to an insurance company for the purposes of defrauding the company. Penalties may include imprisonment, fines or a denial of insurance benefits.

Maryland: Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

Minnesota: A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.

New Hampshire: Any person who, with a purpose to injure, defraud or deceive any insurance company, files a statement of claim containing any false, incomplete or misleading information is subject to prosecution and punishment for insurance fraud as provided in R.S.A. 638.20.

New Jersey: Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

New Mexico: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or knowingly presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to civil fines and criminal penalties.

New York: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to a civil penalty not to exceed \$5,000 and the stated value of the claim for each violation.

Ohio: Any person who, with intent to defraud or knowing that he is facilitating a fraud against an insurer, submits an application or files a claim containing a false or deceptive statement is guilty of insurance fraud.

Oklahoma: WARNING: Any person who knowingly, and with intent to injure, defraud or deceive any insurer makes any claim for the proceeds of an insurance policy containing any false, incomplete or misleading information is guilty of a felony.

Pennsylvania: Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

Texas: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

myers | stevens | toohey

26101 Marguerite Parkway, Mission Viejo, CA 92692-3203
Office (800) 827-4695 • Fax (949) 348-9350 • claims@myers-stevens.com
CA License #0425842

CHUBB

Underwritten by: ACE American Insurance Company (Federal Insurance Company in New Mexico)

First Health[®]

First Choice Health
PPO Network - WA