

## التأمين ضد حوادث وأمراض الطلاب تعليمات رفع الدعوى

للولادين/الأوصياء القانونيين (أو الطلاب 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 بالتغطية، والمزايا، والاستثناءات، والمتطلبات والقيود، والمواعيد النهائية المهمة، وما إلى ذلك. يمكن العثور عليها في السياسات المسجلة لدى السلطات المدرسية/الأبرشية، أو الكتيبات المطبوعة المستخدمة لتأمين التغطية، أو عبر الإنترنت، أو من خلال الاتصال بنا مباشرة على الرقم (800) 827-4695.



### 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 وبوضوح**. إذا كانت الإصابة المُبلّغ عنها غير مرتبطة بالمدرسة/الأبرشية، فيمكنك ملء الجزء "أ" بنفسك. مطلوب نموذج دعوى واحد فقط لكل إصابة أو حالة.



**بالكامل وبوضوح** ملأ الجزء "ب" (ستتسبب الحقول المفقودة في حدوث تأخيرات) وقدم التوقيعات عند الطلب، وقم بتأريخها وإعادتها إلى مكتبنا بالإضافة إلى الفواتير المفصلة لديك وشرح المزايا (EOB) من أي خطة تأمين أو خطة صحية أخرى معمول بها.

### العثور على مُقدّم رعاية صحية

لك مطلق الحرية في اصطحاب طفلك إلى أي مُقدّم رعاية صحية مُرخّص له بشكل صحيح، ولكن قد يتم خفض التكاليف النثرية إذا كنت تطلب الرعاية من مُقدّمي الرعاية المتعاقدين مع **First Health Network** أو **First Choice Health Network (WA)** فقط. يمكن العثور على مُقدّمي الخدمات المتعاقدين على [www.myfirsthealth.com](http://www.myfirsthealth.com) (800) 226-5116 أو (في ولاية واشنطن فقط) [www.fchn.com](http://www.fchn.com) (800) 231-6935. إذا كان طفلك يتمتع أيضاً بتغطية من خلال HMO، فيرجى العلم بأنه قد يتم خفض المزايا بموجب العديد من خطط التأمين 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

- أعط قسم الفواتير/القبول الخاص بمُقدّم الخدمة معلومات التأمين/الخطة الصحية الأساسية الخاصة بك (إن وجدت).
- إذا كنت قد اشتريت إحدى خططنا الفردية لطفلك، فقدم بطاقة هوية تأمين الطالب الخاصة بك. إذا كان طفلك مشمولاً بالتغطية بموجب خطة تأمين شاملة تدفعها المدرسة/الأبرشية، فأخبر قسم الفواتير بذلك وحدد المنطقة، أو المنطقة التعليمية، أو الأبرشية، أو النظام المدرسي الآخر المعني والمدرسة/الأبرشية المحددة. في كلتا الحالتين، اشرح أن طفلك لديه تأمين على المصاريف الطبية يُقدّم مزايا على أساس إضافي أو ثانوي وأنه ليس ما يُشار إليه أحياناً باسم تأمين "الطرف الثالث". الطالب هو المؤمن عليه.
- اطلب من قسم الفواتير إضافة Myers-Stevens & Toohey إلى نظامهم كمُسيّد وإرسال الفواتير المفصلة المُوضّحة أعلاه مباشرة (مفضلة!) أو إرسال نفس الفواتير إلينا. قد يساعد إخبار مُقدّم الخدمة بأنك تُخصّص له مزايا تُساعد على تسهيل العملية. إذا واجهتك صعوبة، فيُرجى 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 نحتاجه من مُقدّمي الرعاية الذين يرون طفلك\*

من أجل تقييم دعوتك وتقديم المزايا، سنحتاج إلى فواتير مُفصلة بالكامل من أي من مُقدّمي الخدمات الذين تتم رؤيتهم. تُعرف هذه باسم نموذج HCFA 1500 أو CMS 1500 المُقدّم من مُقدّمي الخدمات مثل الأطباء ونموذج UB04 المُقدّم من مرافق مثل المستشفيات ومراكز الجراحة. وهي تحتوي على المعلومات المطلوبة التالية:



- تاريخ (تواريخ) الخدمة
- الرموز الإحصائية أو رموز الإبرادات - تُخبرنا بما تم القيام به لتقييم/معالجة المشكلة
- رقم المُعرّف الضريبي لمُقدّم الخدمة - مطلوب لإصدار W-9s عند تعيين المزايا لمُقدّمي الخدمات
- مُعرّف مُقدّم الخدمة الوطني (NPI) - مطلوب للائتمان للوائح الفيدرالية
- الرموز التشخيصية - تُخبرنا بأي مشكلة تتعلق بطفلك

**ملاحظة -** نحن غير قادرين على استخدام "البيانات" المُقدّمة من مُقدّمي الخدمات، أو شرح المزايا الخاصة بالخطة الصحية الأولية أو استلام المدفوعات بدلاً من الفواتير المُفصلة المطلوبة كما هو مُوضّح أعلاه.

\*إذا كان لديك Kaiser، فاطلب "بيانات مجاملة" من خدمات أعضاء Kaiser تتضمن المعلومات المذكورة أعلاه. يُرجى التأكد من أن الوثائق المُقدّمة تُشير إلى الجزء الذي تلتزم بدفعه من الرسوم، إن وجدت، من جيبك الخاص.

### الخطوات النهائية

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



MYERS-STEVEN & TOOHEY

Attn: Claims Department

26101 Marguerite Parkway

Mission Viejo, CA. 92692

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

# STUDENT ACCIDENT & SICKNESS INSURANCE CLAIM FORM

<b>PART A</b>		<b>SCHOOL/PARISH STATEMENT</b>				(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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO IF YES, LIST NAME OF SPORTS ORGANIZATION: _____																TYPE OF SPORT: _____				DOES THE SCHOOL/PARISH HAVE ANY RECORD OF ANY HEALTH COVERAGE FOR THE CLAIMANT? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If YES, name of plan: _____											
DATE OF INJURY/SICKNESS				TIME OF INJURY				WHAT PART AND/OR AREA OF THE BODY WAS INJURED?				<input type="checkbox"/> RIGHT _____				HAS THE CLAIMANT SUFFERED FROM SAME OR SIMILAR CONDITION BEFORE? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO				IF YES, WHEN?											
				A.M. / P.M. (Circle One)				(Additional details may be provided below)				<input type="checkbox"/> LEFT _____																			
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?								DATE SCHOOL/PARISH WAS NOTIFIED											
												<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																			
NAME AND TITLE OF OFFICIAL COMPLETING FORM												SIGNATURE				DATE SIGNED				SCHOOL/PARISH TELEPHONE NUMBER											
												X																			

  

<b>PART B</b>		<b>PARENT OR LEGAL GUARDIAN INFORMATION</b>																																					
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)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO																POLICY NUMBER(S)								IS THE CLAIMANT A MEDICARE BENEFICIARY? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO															
IF YES, NAME OF PLAN(S)																																							
NAME OF CLAIMANT'S EMPLOYER (if applicable)								ADDRESS								PHONE NUMBER																							
NAME OF FATHER OR LEGAL MALE GUARDIAN								EMAIL ADDRESS								MOBILE TELEPHONE NO.								HOME 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.								HOME 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							
<b>AUTHORIZATION:</b> 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/HCFA 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 _____															
<b>ASSIGNMENT OF BENEFITS:</b> 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 _____															
<b>FRAUD WARNING:</b> 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.



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

**CHUBB®**

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



**First Choice Health**  
PPO Network - WA