

Envíe el formulario completo por correo electrónico, fax o correo postal a:  
**STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**  
**P.O. BOX 196**  
**STILLWATER, MINNESOTA 55082**  
**(800) 328-2739**



Para obtener tarifas con descuento, use los servicios de un médico o centro preferido de LONESTAR. La red LONESTAR forma parte de la red de proveedores de USAMCO.

**Este plan es complementario a toda otra cobertura de seguro. Primero debe presentar una reclamación con su otro seguro.**

**EVIDENCIA DE RECLAMACIÓN:** Si la lesión tuvo que ser atendida por un médico, complete este formulario y envíelo a Student Assurance Services, Inc. dentro de los 90 días siguientes a la fecha de la lesión, sin superar el plazo de un año.

A COMPLETAR POR PARTE DE UN FUNCIONARIO DE LA ESCUELA

**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:

<b>1. ACTIVIDAD INTERESCOLAR o (de UIL en Texas)</b>	<b>2. ACTIVIDAD NO INTERESCOLAR o (de UIL en Texas)</b>
<input type="checkbox"/> Práctica	<input type="checkbox"/> Traslado hacia/desde la escuela
<input type="checkbox"/> Juego/evento	<input type="checkbox"/> En el salón de clases
¿Qué deporte/actividad? _____	<input type="checkbox"/> ¿Otra actividad?: _____
<input type="checkbox"/> Traslado hacia/desde el deporte/actividad	<input type="checkbox"/> En dependencias de la escuela
	<input type="checkbox"/> Actividad no escolar
	<input type="checkbox"/> Educación física

6. Parte del cuerpo que se lesionó \_\_\_\_\_  Lado izquierdo  Lado derecho

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).  
 Vea la información adjunta para presentar reclamaciones**

A COMPLETAR POR PARTE DEL PADRE, MADRE O TUTOR

**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 o apartado de correos) (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  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, 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)

# **ATENCIÓN PADRES**

**\*\*\*\*LA RESPONSABILIDAD ES DE USTEDES\*\*\*\***

Estimados padres:

A continuación, se detallan los pasos para completar el formulario de reclamación. Si tienen preguntas, comuníquense con el entrenador o administrador de la escuela, o llamen al número que aparece en el formulario. La escuela **"NO ES"** responsable de los pagos o gastos médicos que ustedes tengan por su hijo. Si su hijo sufre una lesión durante **CUALQUIER** actividad deportiva (o de la Liga Interescolar Universitaria [University Interscholastic League, UIL] en Texas) o cualquier actividad patrocinada y supervisada por la escuela, **"USTEDES SERÁN RESPONSABLES"** de todos los gastos médicos.

**NO OBSTANTE**, es posible que la escuela cuente con una póliza complementaria para cubrir los gastos que excedan el seguro propio. Si **NO TIENEN OTRO SEGURO** para su hijo, esta póliza será la póliza primaria o pagará beneficios en primer lugar. Esta póliza establece montos máximos en dólares y limitaciones en los beneficios. Los gastos que superen los límites de beneficio de la póliza serán **RESPONSABILIDAD DE USTEDES**. El distrito adquirió esta póliza teniendo en cuenta los fondos disponibles. Deben saber que esta póliza **DE NINGÚN MODO** fue pensada para cubrir todos los gastos médicos de su hijo. **Los tratamientos y gastos médicos de su hijo son responsabilidad de ustedes.**

**Antes de solicitar tratamiento o servicios médicos, comuníquense con el entrenador o administrador de la escuela.**

---

## **PASOS A SEGUIR PARA PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN:**

1. Solo es necesario enviar un formulario de reclamación por cada accidente.
2. El formulario de reclamación y el resumen de beneficios se encuentran disponibles en nuestro sitio web: [www.sas-mn.com](http://www.sas-mn.com). No obstante, esto no es una garantía de beneficios; sino solo una explicación que está sujeta a todos los términos, condiciones, limitaciones y exclusiones aplicables del plan.
3. Un funcionario de la escuela **debe** completar la Parte A para todos los accidentes relacionados con la escuela. El padre, la madre o el tutor debe completar **todas** las preguntas de la Parte B: Declaración de los padres. 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 del formulario de reclamación.  
**NOTA: Para obtener el descuento de proveedores de Lonestar se debe presentar este formulario de reclamación, o una copia, al médico o centro que corresponda.**
4. Envíe copias de las **facturas pormenorizadas**. Estas son las facturas originales que usted recibe, no los estados de cuenta mensuales. **Las facturas pormenorizadas, a menudo denominadas UB-04 o CMS-1500, deben incluir la dirección del proveedor, la fecha del servicio, el código del procedimiento, el código del diagnóstico, el número de identificación fiscal federal del proveedor y el número de identificación nacional del proveedor (national provider identifier, NPI). Los proveedores deben enviar las facturas pormenorizadas directamente al administrador de reclamaciones a la dirección que se indica a continuación.**
5. Primero debe enviar copias de todas las facturas a su seguro familiar y/o grupal primario, aunque tenga un deducible o copago alto. Este plan es complementario a toda otra cobertura de seguro (Blue Cross, Group Health, Prudential Insurance, etc.). Este plan no cubre penalizaciones impuestas por no usar a los proveedores preferidos o designados por su cobertura primaria.
6. Luego de recibir el pago o las copias de la "Explicación de beneficios" (explanation of benefit, EOB) de su plan de seguro primario, envíe por fax, correo electrónico o **correo postal el formulario completo, las copias de las facturas pormenorizadas del estudiante y las EOB de otros seguros a:**

**STUDENT ASSURANCE SERVICES, INC.**

**P.O. BOX 196**

**STILLWATER, MN 55082-0196**

**FAX: (651) 439-0200**

**CORREO ELECTRÓNICO: [CLAIMS@SAS-MN.COM](mailto:CLAIMS@SAS-MN.COM)**

**Guarde una copia del formulario de reclamación para sus archivos.**

**NO PUEDE TRAMITARSE RECLAMACIÓN ALGUNA SI NO SE PROPORCIONAN TODOS LOS DOCUMENTOS MENCIONADOS CON ANTERIORIDAD. ENVIAR EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y LAS FACTURAS PORMENORIZADAS ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE, LA MADRE O TUTOR.**

---

## **PROGRAMA DE DESCUENTO DE PROVEEDORES PREFERIDOS**

Student Assurance Services, Inc. ha contratado tarifas con descuento en servicios recibidos de médicos y centros que participan en la red LONESTAR, la cual forma parte de USA Managed Care Organization Network (USAMCO). Tenga en cuenta que los beneficios se pagan tal como se establece independientemente de que se use o no un proveedor preferido de LONESTAR. Sin embargo, es conveniente usar un proveedor preferido de LONESTAR, ya que puede reducir los costos. En el sitio web [www.Lonestarathletic.com](http://www.Lonestarathletic.com), se encuentra disponible un directorio de los médicos y centros preferidos de LONESTAR.

---

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