

PARA: Los Padres de Familia/Tutor

ASUNTO: Procedimiento a seguir para reportar y recibir cobertura al presentar una reclamación cuando ocurre un accidente escolar.

La cobertura para Accidentes Escolares es SECUNDARIO a cualquier tipo de seguro médico que su hijo tenga, incluso Healthy Families. La cobertura SISC es primaria a Medi-Cal y Tricare. El reclamo se debe presentar a su aseguranza primaria (por ejemplo, Blue Cross, Blue Shield), al mismo tiempo que se presente la reclamación de Cobertura Para Accidentes Escolares. *Si usted pertenece a una organización de seguro prepagada (HMO – Organización de Mantenimiento de Salud), usted debe utilizar esos servicios.*

Si usted tiene seguro médico primario, se necesita copia del reporte de sus beneficios de salud (reporte que explica como su seguro médico ha procesado su reclamo), para poder tramitar la reclamación de Cobertura Para Accidentes Escolares.

Nota: La cobertura para Accidentes Escolares tiene una indemnización máxima de \$2,500.00 por servicios médicos prestados como resultado de una lesión corporal. Este dinero se paga únicamente por servicios médicos prestados dentro del primer año a partir de la fecha del accidente. Los servicios de fisioterapia, y tratamiento quiropráctico están sujetos a restricciones adicionales. El formulario de reclamación completo se debe mandar a SISC dentro del año siguiente (52 semanas) después de la fecha de la lesión.

SE DEBEN LLENAR TODAS LAS SECCIONES O SU FORMA DE RECLAMO SERÁ DEVUELTA.

1. Reporte inmediatamente lesiones accidentales al representante de la escuela que corresponda.
2. Pida que el representante designado por la escuela llene y firme la parte correspondiente a la escuela.
3. El formulario de reclamación **debe llenarse completamente** -- todas las secciones deben tener la información específica requerida, y los padres o tutores del niño deben firmar en los espacios correspondientes.
4. Dele una copia del formulario de reclamación a los proveedores de servicios médicos para que manden los cobros directamente a SISC.

Ó

5. Mande la forma de reclamo, adjunte los estados de cuenta detallados y copias de la explicación de beneficios (esto último es solo en caso de que tenga un seguro médico primario) a:

SISC - Student Accident Coverage
P.O. Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847

Antes de enviar los documentos, es recomendable que haga copias para sus archivos personales.

Cualquier pregunta concerniente a la Cobertura Para Accidentes Escolares debe dirigirse a esta oficina llamando al teléfono (661) 636-4710.

DL:mrp
Adjunto

Reclamo # _____

FORMULARIO DE RECLAMOS SISC
(Grados Prescolar – 12)

Enviar a: SISC Accident Claims, PO Box 1847
Bakersfield, CA 93303-1847 – (661) 636-4710

TO BE COMPLETED BY SCHOOL OFFICIAL – LO DEBE LLENAR UN FUNCIONARIO ESCOLAR

Did the accident occur during (*Check Yes or No*)

A. Supervised school activity?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Name and Title of Supervising School Authority:
B. Field trip activity?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Name _____
C. Supervised off-campus activity?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Title _____
D. Sponsored and supervised travel	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	Signature _____
E. Supervised athletic practice/competition?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	School District _____
F. Non-school related activity?	<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	School Name _____

Sport _____

STUDENT INFORMATION – DATOS DEL ESTUDIANTE

NOMBRE COMPLETO DEL ESTUDIANTE	DOMICILIO	CIUDAD	CODIGO POSTAL	
FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	GRADO ESCOLAR	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	TELEFONO

1. Proporcione una descripción completa de la lesión. Diga cuándo sucedió, en dónde, y cómo sucedió.

2. Indique la fecha y la hora exacta en que se sufrió la lesión. Fecha _____ Hora _____ a.m. _____ p.m. _____

3. ¿Cuándo fue la primera vez que acudió a un médico para esta condición? Fecha _____

PARENT INFORMATION – DATOS DE LOS PADRES

El seguro de SISC de cobertura para accidentes es un seguro suplementario a su seguro de salud principal.

1. Nombre del padre _____ TRABAJA: Sí _____ No _____

Compañía en la que trabaja el padre _____ Número de teléfono de la compañía _____

Compañía de seguro de plan Individual y/o de grupo _____ # de Póliza _____

de SEGURO SOCIAL _____ ¿El menor tiene cobertura médica mediante este plan? Sí _____ No _____

Autorizo que se divulgue cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos para el médico o el suministrador de servicio.

Firma del padre _____ Fecha _____ Firma del padre _____ Fecha _____

2. Nombre de la madre _____ TRABAJA: Sí _____ No _____

Compañía en la que trabaja la madre _____ Número de teléfono de la compañía _____

Compañía de seguro de plan Individual y/o de grupo _____ # de Póliza _____

de SEGURO SOCIAL _____ ¿El menor tiene cobertura médica mediante este plan? Sí _____ No _____

Autorizo que se divulgue cualquier información necesaria para procesar este reclamo. Autorizo el pago de beneficios médicos para el médico o el suministrador de servicio.

Firma de la madre _____ Fecha _____ Firma de la madre _____ Fecha _____

IMPORTANTE: Todas las facturas del hospital y el médico deben ser desglosadas.
AVISO A LOS PROVEEDORES: Una copia de este formulario de reclamo debe ser anexada a la factura.