



Cómo presentar un reclamo médico

(Para pólizas de seguro de accidentes para riegos especiales, escuelas, deportes, campistas, grupos juveniles y participantes)

Se adjunta un formulario de reclamo para su póliza de accidentes.
Por favor, envíe los reclamos y sus preguntas a la siguiente dirección:

WebTPA
P.O. Box 669
Grapevine, TX 76099-0669
Servicio al cliente: (877) 563-7492
Fax: (469) 417-1989

Paso 1: Envíe un Aviso de reclamo (formulario de reclamo) ya sea por correo o por fax.

La Organización participante (no el padre, la madre, el reclamante o el agente) debe:

- Responder plenamente a cada punto de la Parte I, Informe de la Organización participante.
- Leer la declaración de advertencia de fraude en la página 3 y firmar el formulario donde se indica en la Parte I.

El/la padre/madre/tutor o adulto reclamante debe:

- Dar respuestas completas a cada punto de la Parte II, Declaración de otro seguro.
- Revisar la Parte III, Autorizaciones
- Leer la declaración de advertencia de fraude en la página 3 y firmar donde se indica en la parte inferior del Formulario de reclamo.

Paso 2: Enviar las facturas médicas detalladas a nuestra oficina para consideración de pago. Si existe otro seguro, incluir la Explicación de beneficios (EOB) correspondiente a la otra compañía aseguradora.

CÓMO PRESENTAR UN RECLAMO

Toda la información debe ser proporcionada para que un reclamo sea procesado.

1. Este formulario de reclamo debe ser completado en su totalidad y presentado en el plazo de 90 días a partir del accidente. Asegúrese de contestar todas las preguntas y completar la sección relativa a "DECLARACIÓN DE OTRO SEGURO".
2. Sólo se debe presentar un formulario de reclamo para cada accidente.
3. Una vez completado, haga una fotocopia para sus archivos y envíelo por correo a la siguiente dirección:

WebTPA

P.O. Box 669

Grapevine, Texas 76099-0669

Servicio al cliente: 877-563-7492

Fax: 469-417-1989

4. Avise a todos los médicos / hospitales acerca de esta cobertura para que puedan enviar sus facturas detalladas.
5. Si ya ha ido al médico / hospital y no sabía acerca de esta cobertura, envíe todas las facturas detalladas a la dirección indicada arriba.
6. Las facturas detalladas deben incluir el nombre del médico / hospital, la dirección postal completa, el número de teléfono, la fecha de la visita y la razón (el diagnóstico), así como cargos detallados específicos incurridos. (Descripción del tratamiento, incluidos los códigos CPT y la suma).
7. Si tiene otro seguro, envíe un reclamo a su otra compañía aseguradora. Al recibir una Explicación de beneficios de la Aseguradora Principal, envíela junto con todas las facturas detalladas correspondientes y el formulario de reclamo completado. Usted debe enviar las facturas detalladas, que incluyen:
 - A) HCFA-1500 (formulario estándar utilizado por los Proveedores)
 - B) UB-04 o UB-92 (formulario estándar utilizado por los Hospitales)
8. Si ya pagó la factura, incluya un recibo de pago o una copia de su cheque cancelado. El pago se realizará al Proveedor de servicio, a menos que se adjunte a la factura una declaración de recibo de pago al enviar el formulario de reclamo.

9. Causas comunes para los atrasos en el procesamiento de reclamos

- a) Falta información en el Formulario de reclamo o no se envió el formulario.
- b) Se presentaron declaraciones de saldo adeudado, saldo anterior transportado o saldo vencido y pendiente de pago como facturas detalladas.
- c) No se incluyó la Explicación de beneficios de la Aseguradora Principal con las facturas detalladas.

Conserve copias de toda la correspondencia para sus propios registros hasta que se haya procesado el reclamo.



PARTE I – DECLARACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN PARTICIPANTE

Número de póliza:		Titular de la póliza / Nombre de la Organización:		Evento, actividad o deporte:	
Nombre de la escuela:		Dirección de calle	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del reclamante (persona lesionada)		Número de Seguro Social	Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Fecha de nacimiento	Dirección de E-Mail
Dirección de la persona lesionada y mejor número de teléfono para contacto (incluya el código de área).					
Fecha y hora del accidente		Lugar donde ocurrió el accidente		La persona lesionada es un: <input type="checkbox"/> Participante <input type="checkbox"/> Miembro del personal <input type="checkbox"/> Otro	
Reclamos dentales	Indicar qué dientes fueron afectados en el accidente		Describir el estado de los dientes lesionados antes del accidente: <input type="checkbox"/> Enteros, sanos y naturales <input type="checkbox"/> Con amalgama <input type="checkbox"/> Con funda <input type="checkbox"/>		
Tipo de lesión (indicar la parte del cuerpo lesionada; por ejemplo, brazo roto, esguince de tobillo, etc.)				¿La lesión causó la muerte? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Describir cómo se produjo el accidente - Proporcionar todos los detalles posibles					

El accidente se produjo (marcar Sí o No para cada uno de los siguientes):

- A. ¿Durante una actividad patrocinada y supervisada, o sancionada de una organización participante? Sí No
- B. ¿En el lugar de la actividad? Sí No
- C. ¿Al viajar directamente y sin interrupciones hacia o desde la actividad? Sí No
- D. ¿Durante una práctica de la organización participante? Sí No o en una competición?

Firma del representante de la Organización participante	Nombre y cargo del representante de la Organización participante	Fecha
---	--	-------

PARTE II – DECLARACIÓN DE OTRO SEGURO

¿Usted/su cónyuge/padre/madre tiene atención médica/de salud o está inscrito como una persona individual, empleado o miembro dependiente de una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) o plan de salud prepago similar, o cualquier otro tipo de cobertura de plan de accidentes/salud/enfermedad a través de un empleador, un empleador del padre/madre u otra fuente? Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de la compañía de Póliza No.: _____
seguros: _____

Nombre, dirección y teléfono del empleador principal de la madre (tutor legal): _____

Nombre, dirección y teléfono del empleador principal del padre (tutor legal): _____

¿Es usted elegible para recibir beneficios bajo cualquier plan o programa de gobierno, incluyendo Medicare?

Sí No Si la respuesta es sí, por favor explique:

SI EXISTE OTRO SEGURO O PLAN DE SALUD, ENVIÉ COPIAS de sus EXPLICACIONES DE BENEFICIOS junto con su reclamo.

PARTE III – AUTORIZACIONES

Autorizo que se realicen pagos médicos al médico o proveedor por los servicios indicados en cualquiera de las declaraciones adjuntas. Si no se firma, sírvase proporcionar un comprobante de pago.

FIRMA _____ FECHA _____

Autorizo a cualquier médico, profesional médico, hospital, entidad cubierta como se define bajo la HIPAA, la aseguradora o cualquier otra organización o persona que tenga todos los registros, fechas o información relativa al reclamante, a revelar cuando así se lo soliciten, toda la información con respecto a cualquier lesión, cobertura de póliza, historial médico, consulta, prescripción o tratamiento, y copias de todos los registros médicos u hospitalarios o todos dichos registros en su totalidad a **United States Fire Insurance Company** o su administrador designado. Una copia fotostática de esta autorización se considerará tan efectiva y válida como el original.

Estoy de acuerdo en que, si en un futuro se determinara que existe otro seguro (o similar), **se reembolse a United States Fire Insurance Company** en la medida de cualquier suma cobrable.

Comprendo que cualquier persona que deliberadamente y con el propósito de defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente un reclamo que incluya material con información falsa, incompleta o engañosa podría ser objeto de enjuiciamiento por fraude de seguros.

FIRMA _____ FECHA _____



DECLARACIONES DE FRAUDE

Aviso importante

- **En general, y específicamente para residentes de Arkansas, Louisiana, Rhode Island y West Virginia:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría ser objeto de multas y encarcelamiento.
- **Para residentes de Alabama:** Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría ser objeto de multas, restitución y encarcelamiento, o cualquier combinación de los anteriores.
- **Para residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguros y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que deliberadamente proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos a un titular de la póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación con un acuerdo o indemnización pagaderos del producto del seguro debe denunciarse a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias reguladoras.
- **Para los residentes del Distrito de Columbia: ADVERTENCIA:** Es un delito proveer información falsa o engañosa a una aseguradora con el fin de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una aseguradora podrá negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información falsa materialmente relacionada con un reclamo.
- **Para residentes de Florida:** Cualquier persona que, a sabiendas y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presente una declaración de reclamo o una solicitud que incluya información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.
- **Para residentes de Kentucky:** Cualquier persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro que incluya cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material relacionado, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito.
- **Para residentes de Maine, Tennessee, Virginia y Washington:** Es un delito proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y denegación de los beneficios de seguro.
- **Para residentes de Oregon:** Cualquier persona que, a sabiendas y deliberadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría ser objeto de multas y encarcelamiento.
- **Para residentes de Maryland:** Cualquier persona que, a sabiendas o deliberadamente, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o, a sabiendas y deliberadamente, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podría ser objeto de multas y encarcelamiento.
- **Para residentes de Nueva Jersey:** Cualquier persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de una póliza de seguros está sujeta a sanciones penales y civiles.
- **Para residentes de Nuevo México:** CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA O UN BENEFICIO O, A SABIENDAS, PRESENTE INFORMACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA SER OBJETO DE MULTAS CIVILES Y SANCIONES PENALES.
- **Para residentes de Nueva York:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contengan cualquier información material falsa, u oculte con la finalidad de engañar, información relativa a cualquier hecho material relacionado, comete un acto de seguro fraudulento, el cual es un delito, y también será objeto de una multa civil que no será superior a cinco mil dólares y el valor declarado del reclamo para cada tal violación.
- **Para residentes de Ohio:** Cualquier persona que, con intención de defraudar o a sabiendas de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o un reclamo que incluya una declaración falsa o engañosa es culpable de fraude de seguro.
- **Para residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA:** Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por el producto de una póliza de seguros, que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- **Para residentes de Pensilvania:** Cualquier persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que incluya cualquier información materialmente falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho material relacionado, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual constituye un delito, y estará sujeta a sanciones civiles y penales.