



Bảo hiểm Tai nạn và Bệnh tật cho Học sinh HƯỚNG DẪN NỘP YÊU CẦU THANH TOÁN BẢO HIỂM DÀNH CHO PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (hoặc học sinh ở độ tuổi hợp pháp)



Điều khoản và điều kiện bao trả

Trước hoặc ngay sau khi xảy ra chấn thương hoặc bệnh tật, quý vị vui lòng đọc kỹ các điều khoản và điều kiện bao trả, bao gồm: hoạt động được bao trả; quyền lợi; trường hợp ngoại lệ; yêu cầu và giới hạn; hạn chót quan trọng, v.v. Quý vị có thể tìm những thông tin này trong các chính sách được lưu hồ sơ tại văn phòng ban quản lý nhà trường, các tài liệu in cho mục đích thu xếp bao trả, qua trực tuyến hoặc liên hệ trực tiếp với chúng tôi theo số (800) 827-4695.



Biểu mẫu yêu cầu thanh toán bảo hiểm và báo cáo

Báo cáo các chấn thương liên quan đến trường học ngay cho các cán bộ nhà trường, mô tả càng chi tiết càng tốt.

Yêu cầu nhà trường cung cấp biểu mẫu yêu cầu thanh toán Bảo hiểm Tai nạn và Bệnh tật cho Học sinh, đồng thời nhờ một cán bộ nhà trường được ủy quyền điền ĐẦY ĐỦ VÀ RÕ RÀNG vào Phần A trong biểu mẫu này. Nếu chấn thương được báo cáo không liên quan đến trường học, quý vị có thể tự điền vào Phần A. Quý vị chỉ cần nộp một mẫu yêu cầu thanh toán bảo hiểm đối với mỗi chấn thương hoặc bệnh trạng.

Điền ĐẦY ĐỦ VÀ RÕ RÀNG vào Phần B (thời gian xử lý sẽ chậm hơn nếu quý vị điền thiếu), ký vào những chỗ yêu cầu, ghi ngày và gửi lại mẫu đơn cho văn phòng của chúng tôi cùng với hóa đơn ghi chi tiết các hạng mục và Bảng Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm (EOB) từ bất cứ chương trình bảo hiểm hoặc chương trình sức khỏe nào khác có áp dụng.

XIN LƯU Ý: Quý vị cần điền vào Biểu mẫu Yêu cầu Thanh toán Bảo hiểm trên trang tiếp theo bằng tiếng Anh. Vui lòng gọi đến văn phòng của chúng tôi để được hỗ trợ.



Tìm nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe

Quý vị hoàn toàn có thể đưa con mình đến thăm khám tại bất kỳ nhà cung cấp dịch vụ sức khỏe nào được cấp phép phù hợp. Tuy nhiên, chi phí phát sinh có thể giảm xuống nếu quý vị tìm kiếm chăm sóc từ những nhà cung cấp có hợp đồng với First Health Network hoặc First Choice Health Network (chỉ tại WA). Quý vị có thể tìm các nhà cung cấp có ký kết hợp đồng tại www.firsthealth.com (800) 226-5116 hoặc www.fchn.com (800) 231-6935. Nếu con của quý vị cũng được bao trả theo một chương trình HMO, xin lưu ý rằng các quyền lợi trong nhiều chương trình bảo hiểm tổng quát do nhà trường chi trả của chúng tôi có thể sẽ giảm đi nếu quý vị sử dụng các dịch vụ ngoài mạng lưới mà không được HMO của quý vị cho phép trước. Giới hạn có thể có về quyền lợi này không áp dụng cho bất kỳ chương trình bảo hiểm cá nhân nào của chúng tôi và không áp dụng cho trường hợp cấp cứu.



Trường hợp tìm dịch vụ điều trị

Cung cấp thông tin về chương trình bảo hiểm/sức khỏe chính của quý vị (nếu có) cho nhân viên lập hóa đơn/tiếp nhận của nhà cung cấp.

Nếu quý vị đã mua một trong các chương trình bảo hiểm cá nhân của chúng tôi cho con mình, hãy xuất trình Thẻ bảo hiểm học sinh của con quý vị. Nếu con quý vị được hưởng chương trình bảo hiểm tổng quát do nhà trường chi trả, hãy nói cho nhân viên lập hóa đơn biết và xác định nhà trường/học khu đó. Dù trong trường hợp nào, quý vị cũng cần giải thích rằng con mình thuộc diện "bảo hiểm chi phí y tế do tai nạn phụ" hoặc bảo hiểm tai nạn và bệnh tật, và rằng đây KHÔNG phải là hình thức bảo hiểm "cho bên thứ ba" như đôi khi được đề cập đến. Con của quý vị là người được bảo hiểm.

Yêu cầu người lập hóa đơn thêm Myers-Stevens & Toohey vào hệ thống của họ với tư cách bên chi trả, đồng thời gửi thẳng cho chúng tôi hóa đơn chi tiết được mô tả ở trên (nên dùng cách này!) hoặc gửi hóa đơn đó cho quý vị để quý vị chuyển tiếp cho chúng tôi. Quá trình này sẽ dễ dàng hơn nếu quý vị cho nhà cung cấp biết là mình đang chuyển quyền thụ hưởng cho họ. Nếu quý vị gặp khó khăn, vui lòng liên hệ với chúng tôi để được hỗ trợ bất cứ lúc nào.



Nếu con của quý vị có bảo hiểm hoặc bao trả sức khỏe khác

Hãy nộp yêu cầu thanh toán bảo hiểm với chương trình bảo hiểm chính đó (trừ Medicaid) và gửi cho chúng tôi bản sao "Bảng Giải thích Quyền lợi Bảo hiểm" hay còn gọi là "EOB" của họ sau khi yêu cầu được xử lý.



Thông tin chúng tôi cần từ phía nhà cung cấp thăm khám cho con quý vị*

Để đánh giá yêu cầu thanh toán bảo hiểm và cung cấp quyền lợi bảo hiểm, chúng tôi cần có hóa đơn chi tiết từ các nhà cung cấp đã thực hiện thăm khám. Các hóa đơn này được gọi là mẫu HCFA 1500 hoặc CMS 1500 nếu đó là nhà cung cấp (như bác sĩ) và mẫu UB04 nếu đó là cơ sở y tế (như bệnh viện và trung tâm phẫu thuật). Những hóa đơn này chứa các thông tin bắt buộc sau:

- Ngày thực hiện Dịch vụ
- Chi phí được Lập hóa đơn
- Mã Chẩn đoán - những mã này cho chúng tôi biết con quý vị gặp vấn đề gì
- Mã Quy trình hoặc Mã Doanh thu - những mã này cho chúng tôi biết hoạt động đánh giá/điều trị vấn đề
- Mã số Thuế của Nhà cung cấp - dùng để cấp mẫu W-9 khi chuyển quyền thụ hưởng cho nhà cung cấp
- Mã định danh Nhà cung cấp Toàn quốc (NPI) - cần cho việc tuân thủ các quy định của Liên bang

LƯU Ý – chúng tôi không thể sử dụng "bản kê khai" của nhà cung cấp, EOB của chương trình sức khỏe chính hoặc biên lai thanh toán thay cho hóa đơn chi tiết mà bắt buộc phải cung cấp theo mô tả ở trên.

*Nếu quý vị sử dụng dịch vụ của Kaiser, hãy yêu cầu bộ phận Dịch vụ Hội viên Kaiser cung cấp "bản kê khai tự nguyện", trong đó có các thông tin nêu trên. Vui lòng đảm bảo rằng tài liệu mà quý vị gửi phải nêu rõ phần chi phí mà quý vị phải tự thanh toán (nếu có).

Các Bước Cuối cùng

Gửi: 1) Mẫu yêu cầu thanh toán bảo hiểm đã hoàn tất; 2) Hóa đơn chi tiết; 3) EOB của chương trình bảo hiểm/sức khỏe khác (nếu áp dụng) đến:

MYERS-STEVENS & TOOHEY
Attn: Claims Department
26101 Marguerite Parkway
Mission Viejo, CA. 92692

HOẶC

Fax: (949) 348-9350

HOẶC

Email: claimsinfo@myers-stevens.com

Quý vị cần trợ giúp thêm? Hãy gọi cho chúng tôi theo số (800) 827-4695



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: <input type="checkbox"/> STUDENT <input type="checkbox"/> STAFF <input type="checkbox"/> VOLUNTEER <input type="checkbox"/> OTHER _____					ID # FROM ID CARD (if applicable)		
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 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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO 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)	ADDRESS	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 & Toohy 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/HCFR 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.

 <p style="text-align: center;">Myers-Stevens & Toohy Co., Inc. 26101 Marguerite Parkway Mission Viejo, CA 92692-3203 Office (800) 827-4695 • Fax (949) 348-9350 claims@myers-stevens.com CA License #0425842</p>	 <p style="text-align: center;">First Health[®]</p>
<p>Underwritten by: ACE American Insurance Company</p> 	 <p style="text-align: center;">First Choice Health</p> <p style="text-align: center;">PPO Network - WA</p>