



## SOUTH TEXAS YOUTH SOCCER ASSOCIATION FORMULARIO DE RECLAMO MÉDICO DE ACCIDENTE

### PAUTAS PARA SOMETER UN YOUTH SOCCER ACCIDENT CLAIM FORM

1. Complete **TODAS LAS** preguntas en el Youth Soccer Accident Claim Form.
2. Haga firmar **LA SECCIÓN III** (VERIFICACIÓN DEL ENTRENADOR O DIRIGENTE LOCAL) por el entrenador u otro dirigente local que presencié el accidente.
3. Firme el formulario de reclamo en la **SECCIÓN VI** (DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN.)
4. Someta este nuevo reporte de reclamo dentro de un período de 90 días de la fecha del accidente o lo más pronto que es razonablemente posible a partir de entonces.
5. Si tiene otro seguro, someta sus facturas médicas detalladas a la otra compañía primero. Recibirá una hoja de Explicación de Beneficios de pago (EOB) de su otra compañía. **NO** espere hasta que su otra compañía haya tramitado todas sus facturas antes de someter un Youth Soccer Accident Claim Form.
6. Usted puede conectar las facturas detalladas y EOBs de la otra compañía que estén listos en el momento de enviar este formulario.
7. Envíe el Formulario de reclamo a su Asociación Estatal para verificación y la firma autorizada estatal. **NO ENVÍE EL FORMULARIO DE RECLAMO DIRECTAMENTE A PULLEN INSURANCE SERVICES.**
8. En el momento de recibir su formulario de reclamación de la Asociación del estado, le enviaremos un formulario en el cual nos acusará recibo de su reclamación. Toda la correspondencia futura relacionada con su reclamo debe orientarse a Mutual of Omaha en el dirección y número de teléfono indicado en nuestra correspondencia en la que señaló usted recibo de su información.

### RECORDATORIOS PRÁCTICOS

1. Hay un deducible de \$1,000 por cada accidente cubierto durante el año de la póliza del 9/1/16 hasta el 9/1/17. En adición, cada reclamo es sujeto a la aplicación de una estipulación de un co-seguro proporcional de 70/30 con un límite en cuanto a terapia física de \$50 cada visita con un máximo total de \$2,000. Incumplimiento de la normativa de su cobertura de atención médica primaria resultará en una reducción del beneficio de gastos elegibles al 50% de la cantidad a pagar de otro modo.
2. Cada factura detallada DEBE mostrar lo siguiente:
  - El Nombre del Proveedor de Servicios
  - La Dirección del Proveedor
  - El N° de Identificación de Impuestos Federales del Proveedor
  - El N° Telefónico del Proveedor
  - La Fecha del Servicio
  - La Descripción o Códigos (ICD-9) del Diagnóstico
  - La Descripción o Códigos (CPT) del Procedimiento
  - El Cobro por cada Procedimiento
3. Las facturas adicionales que deben ser sometidas en una fecha posterior (después de la sumisión inicial de su reclamo) deben ser enviadas directamente a Mutual of Omaha, con la siguiente información: Nombre del reclamante, fecha del accidente, y el nombre de la State Youth Soccer Association.
4. Favor de dar tiempo suficiente para tramitar debidamente su reclamo.
5. Favor de responder puntualmente a toda correspondencia que pide información adicional. Es la responsabilidad del Padre / Tutor / Reclamante de solicitar esta información del proveedor de servicio o de su compañía de seguro primario.
6. Una Explicación de Beneficios le será enviada por Mutual of Omaha.

### LAS PREGUNTAS MÁS FRECUENTES

#### ¿QUÉ ES UNA FACTURA DETALLADA?

Una Factura Detallada es un desglose de los procedimientos desempeñados por un proveedor de servicio autorizado; i.e. Hospital, Clínica, Médico, etc..

#### ¿SI NO TENGO UNA FACTURA DETALLADA?

El Padre/Tutor/ debe solicitar esta información del proveedor de servicio. Algunos proveedores envían solamente un estado de saldos adeudados. Mutual of Omaha no puede tramitar este cobro sin una factura detallada. De nuevo, solicite esta información del proveedor de servicios. Explique que tiene una Cobertura en Excedente de Accidentes de Fútbol de Jóvenes.

#### ¿PUEDE TRAMITAR ESTE RECLAMO SOLAMENTE CON LA HOJA DE EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE MI OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

No, la Explicación de Beneficios/Pago (EOB) de su otra compañía de seguros no tiene la información completa para poder tramitar este reclamo.

#### ¿SI NO TENGO LA EXPLICACIÓN DE BENEFICIOS (EOB) DE MI OTRA COMPAÑÍA DE SEGUROS?

El Padre/Tutor debe solicitar la Explicación de Beneficios (EOB) de su otra compañía de seguros.



Nº DE PÓLIZA:  
 SR2014TX-P-053272

POLICY YEAR: 9/1/16 – 9/1/17

**IMPORTANTE**  
**ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER ENVIADO A SU**  
**ASOCIACIÓN ESTATAL INDICADO ABAJO:**  
**South Texas Youth Soccer Association**  
**15209 Highway 290 East**  
**Manor, Texas 78653**

**SECCIÓN I A SER COMPLETADO POR EL RECLAMANTE, PADRE, O TUTOR**

1. Nombre:(APELLIDO/S)\_\_\_\_\_ (NOMBRE)\_\_\_\_\_ (SEGUNDO NOMBRE)\_\_\_\_\_
2. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
3. Sexo:  Masculino  Femenino
4. Dirección Particular: (CALLE)\_\_\_\_\_ (CIUDAD)\_\_\_\_\_ (ESTADO)\_\_\_\_\_ (CÓDIGO POSTAL)\_\_\_\_\_
5. Tipo de Reclamante:  Jugador  Entrenador/Entrenador Adjunto  Otro: \_\_\_\_\_
6. Fecha del Accidente: \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_
7. Descripción de la lesión (indique IZQUIERDO o DERECHO; por ejemplo. Pierna izquierda):\_\_\_\_\_
8. El accidente ocurrió durante: ( todo que se aplica)  juego  práctica  torneo  fútbol en campo techado  
 actividades sancionadas/patrocinadas  viaje directo y sin interrupción a o de la local de la actividad
9. Describir cómo se sostuvo lesiones: \_\_\_\_\_
10. Nombre del campo/facilidad donde ocurrió el accidente: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II INFORMACIÓN ESTADÍSTICA**

1. Nombre del asociación o liga local: \_\_\_\_\_
2. Nombre del club (si se aplica): \_\_\_\_\_
3. Nombre del equipo: \_\_\_\_\_
4. División de edad: (U-12, U-10, etcétera): \_\_\_\_\_
5.  Competitivo  Recreativo
6. Hora:  Mañana  Tarde  Noche  Fuera de Horas
7. Lugar:  En el Campo  Zona que rodea el área del Campo  Área de los Espectadores  Otro
8. Disposición:  Cuidado In Situ Solamente  Ambulancia  Transporte Personal  Cuidado Rehusado
9. Superficie:  Tierra  Hierba  Hierba Artificial  Otro
10. Condición de la Superficie:  Seca  Mojada  Cubierta de Hielo  Irregular
11. Posición:  Portero  Delantero  Defensa  Otro
12. Actividad:  Corriendo con la pelota  Corriendo sin la pelota  Defensa  Otro
13. Situación:  Golpeado por la pelota  Colisión con un Participante  Lesión sin contacto  Otro

**SECCIÓN III VERIFICACIÓN DEL ENTRENADOR O DIRIGENTE LOCAL**

\_\_\_\_\_  
 Firma del Entrenador o Dirigente Local                      Nombre del Entrenador o Dirigente Local (en letras grandes)                      Fecha

**SECCIÓN IV DIRIGENTE ESTATAL AUTORIZADO\***

Yo, \_\_\_\_\_, de la \_\_\_\_\_ certifico que el reclamante ya indicado era un jugador, entrenador, entrenador adjunto o participante registrado en el momento que ocurrió el accidente.

\_\_\_\_\_  
 Signature of Authorized State Official                      Title                      Date

\*Debe ser firmado por el administrador autorizado de la asociación estatal de fútbol con la oficina de la asociación estatal de fútbol



**NOMBRE DEL RECLAMANTE:** \_\_\_\_\_

EL INCUMPLIMIENTO DE ESTE FORMULARIO PUEDE CAUSAR UNA DEMORA INNECESARIA DEL TRÁMITE DE ESTE RECLAMO.

**SECCIÓN V INFORMACIÓN DEL PADRE / TUTOR / RECLAMANTE**

Padre / Tutor / Reclamante

Madre / Tutor / Reclamante

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Teléfono particular: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Ext. \_\_\_\_\_

Dirección de Email: \_\_\_\_\_

Dirección de Email: \_\_\_\_\_

¿Se cubre el reclamante bajo CUALQUIER otra póliza de seguros?  Sí  No

Nombre de la Compañía: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Teléfono: ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nombre del Asegurado: \_\_\_\_\_

Nº. de Identificación del Asegurado: \_\_\_\_\_ Nº /Nombre del Grupo Asegurado: \_\_\_\_\_

Si su hijo o hija tiene cobertura de seguro médico por causa de ser un dependiente elegible de un casamiento previo bajo un mandato que hace parte de un decreto de divorcio, favor de indicar el nombre, dirección y número telefónico de la parte responsable: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN VI DECLARACIÓN DE CERTIFICACIÓN/AUTORIZACIÓN PARA HACER PÚBLICO LA INFORMACIÓN**

Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sujeta a multas y reclusión en la prisión estatal.

Por la presente, autorizo a cualquier medico, hospital, u otra facilidad relacionada médicamente, compañía de seguros, u otra organización, institución o persona que tiene cualquier registro o conocimiento de mi, y/o del dicho reclamante, para revelar, cuando se lo solicitara por Mutual of Omaha o su representante, cualquier y toda información de ese tipo. Una fotocopia de esta autorización será considerada tan efectiva y válida como el original.

\_\_\_\_\_  
 Firma del Padre/Tutor/Reclamante

\_\_\_\_\_  
 Fecha

**SECCIÓN VII ASIGNACIÓN DE BENEFICIOS**

**TODOS LOS BENEFICIOS SE HARÁN PAGADEROS A LOS MÉDICOS Y HOSPITALES INVOLUCRADOS, A MENOS QUE SE ACOMPAÑEN POR RECIBOS PAGADOS.**

Cobertura seleccionada por :

