

2025-2026 K-12 ACCIDENT ONLY CLAIM FORM

Email, Fax or Mail Completed Form To:
Administrative Concepts, Inc.

PO Box 4000, Collegeville, PA 19426

Phone (888)-283-6463 / Fax (610)-293-9299 / claims@acitpa.com



Preferred Provider Network:

www.imsppo.com

(choose Statewide Network)

Account Management:

469-579-4139 Main

469-579-4482 Fax

CLAIM INSTRUCTIONS

- La forma de accidente debe ser presentada dentro de 90 días desde la fecha de la lesión para Student Insurance Plans por el padre o tutor no esperar para facturas a presentar el formulario de accidente. **EL PROVEEDOR DE ESTE ARCHIVO PARA NO SE ESPERAN.**
- Tratamiento debe iniciarse dentro de 90 días de la lesión. Tratamiento será cubierto por 1 año desde la fecha del accidente.
- Todos los pagos se harán a los proveedores de servicio (Hospital, médico y otros), a menos que acompañado por un recibo de pago.
- Cubierto de correo todas las facturas detallada mostrando diagnóstico, fechas de tratamiento y los planes seguro de estudiante con cualquier explicación aplicable de los beneficios de la aseguradora primaria dentro de 90 días de tratamiento o de pago a la aseguradora primaria
- Cobertura completo exceso - beneficios son pagaderas para gastos que no pueden por salud Plan

Fracaso para seguir primario de otra compañía pautas será resultado en negación de beneficios

Tenga en cuenta el nombre del distrito escolar en todas las facturas y correspondencia NINGÚN RECLAMO ADICIONAL ES NECESARIO.

Para la verificación de proveedor participación visita imsppo.com

NINGUNA RECLAMACIÓN PUEDE SER PROCESADA A MENOS QUE SE SIGAN TODAS LAS INSTRUCCIONES Y EL FORMULARIO ES COMPLETADO EN SU TOTALIDAD

PARTE I - INFORME DE LA ESCUELA

1. Nombre del distrito escolar			2. Nombre de la escuela			
3. Nombre del estudiante: Apellido	Nombre	MI	4. Estudiante ID#	5. Grado	6. Cumpleaños	7. Sexo
8. Naturaleza de la lesión (por favor describa completamente, lo que indica qué parte del cuerpo fue herido – es decir, rotura de brazo, esguince de tobillo, etc.) Left ☐ Right ☐						
9. Describir cómo ocurrió el accidente. (Dar todos los datos posibles) DEBE SER UNA LESIÓN CORPORAL DEBIDO A UN ACCIDENTE.						
10. Si el accidente ocurrido en la escuela o actividad escolar, por favor complete lo siguiente: Yes ☐ No ☐ a) Mientras que el demandante fue supervisado? Yes ☐ No ☐ b) Durante una actividad patrocinada?			11. a) Fecha y hora del accidente b) donde ocurrió:		12. a. Tipo de actividad (ei: fútbol, softball) b. Práctica o juego	
13 Nombre y título de oficial de la escuela			14. Firma del oficial de la escuela		15 Fecha	
16. Correo electrónico oficial de la escuela:				17. Número de teléfono:		
"Cualquier persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o de cualquier otra persona archivos una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculta para el propósito de engañar, información sobre material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un crimen."						

OTRA INFORMACIÓN, DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD

1. Nombre del padre o tutor:	
2. Nombre de la madre o tutor:	
3. Dirección:	3A. Número de teléfono:
(Ciudad, estado, código postal)	
4 Correo electrónico oficial de los padres:	
6. Es el estudiante cubierto por otro seguro? Yes ☐ No ☐ Grupo o póliza individual? _____ Si la cobertura es de grupo, por favor proporcione la siguiente información: _____ Nombre del asegurado: _____ Relación a estudiante: _____ Seguro Compañía: _____ Phone # or Policy #: _____	
7. Es el estudiante asegurado bajo CHIPS or Medicaid? Yes ☐ No ☐	
Declaración jurada: verificar que la declaración anterior en otro seguro es exacta y completa. Entiendo que la decoración intencional de información incorrecta por el correo puede ser fraudulento y violan las leyes federales, así como las leyes del estado por la presente autorizo a cualquier médico u hospital que ha tratado o asistieron al reclamante anterior para equipar a la compañía de seguros o su representante cualquier información solicitada. Una fotocopia de esta autorización debe ser considerado válido.	
Firma del padre o tutor debe firmar fecha de firma / Fecha	

ATENCIÓN PADRES: es su responsabilidad presentar el formulario de reclamo ante Administrative Concepts, Inc. y presentar este formulario a los médicos e instalaciones para recibir los beneficios. De lo contrario, se pueden solicitar solicitudes de información adicional y posibles demoras en el procesamiento de reclamos.

Queridos padres,

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con la oficina de reclamos como se indica en el formulario de reclamo. La escuela "NO ES" responsable de su pago médico o de las facturas en las que incurre su hijo. Todos los cargos médicos son "SU RESPONSABILIDAD" si su hijo se lesiona durante CUALQUIER actividad atlética o UIL en Texas o durante cualquier actividad patrocinada y supervisada por la escuela.

Es posible que su escuela haya comprado una póliza complementaria para cubrir cualquier cargo que exceda su propia póliza de seguro o puede haber comprado una póliza voluntaria. Si NO TIENE OTRO SEGURO para su hijo, esta política pagará primero o primaria. Esta política tiene máximos en dólares y limitaciones de beneficios. Cualquier cargo que supere los límites de beneficios de la póliza es SU RESPONSABILIDAD. Esta política fue comprada por el distrito con base en los fondos disponibles. Tenga en cuenta que esta política no está destinada a cubrir todas las facturas médicas de su hijo.

Cómo presentar un reclamo

1. Solo se debe presentar un formulario de reclamo por cada accidente.
2. Su escuela tiene un plan de beneficios específico que no es una garantía de beneficios, sino más bien una explicación.
3. Un funcionario escolar debe completar la Parte A para todos los accidentes relacionados con la escuela. El padre o tutor debe completar todas las preguntas en la Parte B. Si el accidente no está relacionado con la escuela, el padre o tutor puede completar la Parte A y la Parte B del formulario de reclamo. NOTA: Este formulario de reclamo o una copia del formulario de reclamo debe presentarse al médico o centro para obtener beneficios y el descuento de proveedor preferido.
4. Presente primero copias de todas las facturas a su familia principal y / o seguro grupal, incluso si tiene un deducible o copago grande. Este plan es complementario a todas las demás coberturas de seguro (Blue Cross, Group Health, Prudential Insurance, etc.).
5. Envíe copias de facturas detalladas. Estas son las facturas originales que recibe, no los extractos mensuales. Estas facturas detalladas a menudo se llaman UB-04 o CMS-1500 y deben contener la dirección del proveedor, la fecha del servicio, el código de procedimiento, el código de diagnóstico y el número de identificación fiscal federal y el número de NPI del proveedor. Los proveedores pueden enviar facturas detalladas directamente al administrador de reclamos a la dirección que figura en el formulario de reclamo.
6. Después de haber recibido el pago o copias de la "Explicación de beneficios" (EOB) de su plan de seguro primario: envíe por fax, correo electrónico o correo el formulario de reclamo completo, copias de las facturas detalladas del estudiante y otros EOB de seguro a la dirección que figura en el formulario de reclamo.

Guarde una copia del formulario de reclamo para sus registros

NO SE PUEDE PROCESAR NINGÚN RECLAMO HASTA QUE SE PROPORCIONEN TODOS LOS DOCUMENTOS ANTERIORES. ES RESPONSABILIDAD DEL PADRE / TUTOR PRESENTAR EL FORMULARIO DE RECLAMACIÓN Y LAS FACTURAS ELIMINADAS

Descuentos para proveedores preferidos: puede encontrar una lista de proveedores preferidos en www.imsppo.com eligiendo la Red de atletismo estudiantil. Los beneficios se pagarán si se utiliza o no un proveedor preferido; sin embargo, los costos pueden reducirse seleccionando un proveedor preferido participante.