

## **2018-2019 DISTRITO ESCOLAR de PASCO**

### **RESUMEN DEL SEGURO DE ACCIDENTES DE DEPORTES INTERESCOLARES**

Su escuela está muy interesada en proporcionar un ambiente seguro para todos los estudiantes. Sin embargo, los accidentes suceden cada día durante actividades de la escuela. Por lo tanto, el Distrito Escolar del Condado de Pasco ha comprado una póliza de deportes interescolares para sus atletas. Instamos a todos los padres a leer esta descripción de la cobertura en caso de que un accidente ocurra durante una práctica de deporte o juego. Esta póliza puede que no pague el 100% de todos los gastos médicos debido a los límites de la póliza descritos abajo. La escuela no puede aceptar responsabilidad financiera por ningún gasto debido a heridas que ocurren en la escuela o ningún gasto no cubierto por la póliza.

La póliza asegura a los estudiantes atletas de las escuelas secundarias e intermedias y a las porristas mientras están participando en prácticas de deporte y juegos interescolares organizados, planificados y directamente supervisados por la escuela durante el término escolar regular. Los estudiantes atletas y las porristas también están protegidos por la póliza durante viajes de grupo en un autobús escolar o una camioneta conducida por un adulto aprobado por la escuela, desde y hacia la escuela y a un sitio donde haya un evento interescolar atlético cubierto. El viaje en vehículos que no sean propiedad, ni operados por la escuela no es cubierto.

Los estudiantes atletas de Pasco que han sido heridos mientras practican o compiten en deportes interescolares, sancionados por el Florida High School Athletic Asociación, durante la temporada de deportes en el término escolar regular, pueden aplicar por los beneficios de la póliza. Atletas de Pasco que pueden ser heridos en 'programas de condicionamiento', patrocinados y planificados por la escuela y directamente supervisados por el entrenador mientras están fuera de temporada, también pueden aplicar por los beneficios de la póliza. 'Condicionamiento' es definido como entrenamiento cardiovascular y de intervalo, entrenamiento de pesas, estiramiento, pliométricos. Heridas causadas durante competencias o prácticas en ligas de deportes en verano, prácticas/juegos de futbol americano en verano o campamentos privados o escuelas privadas no están cubiertos por la póliza de deportes de Pasco.

**La póliza de Deportes Interescolares es un seguro de EXCESO. La póliza no permitirá que nadie obtenga ganancias duplicando beneficios de diferentes fuentes de seguros.** Todo beneficio que pueda ser obtenido de otra fuente de seguro, PPO, HMO, u otra fuente de cobertura, debe ser obtenido por esa fuente primero. Si algún HMO primario o cobertura de PPO es disponible a través de su plan de seguro del trabajo, usted debería usar los doctores, hospitales y proveedores aprobados por el HMO o PPO para el tratamiento de las heridas de su hijo(a). Si usted no usa su red primaria de HMO o PPO, los beneficios de la póliza del seguro escolar se reducirán y usted será completamente responsable por los pagos de las facturas médicas que no son cubiertas por la póliza de deportes escolares.

#### **LIMITES MAXIMOS de BENEFICIOS**

La póliza de deportes puede que no pague por todos los gastos médicos relacionados con los accidentes de deportes. **Algunas facturas médicas pueden exceder los límites de la póliza. Visite [www.schoolinsuranceofflorida.com](http://www.schoolinsuranceofflorida.com) para la lista de los proveedores en su distrito.** Los beneficios máximos de la póliza están listados a continuación. Para que un reclamo sea considerado elegible para los beneficios de la póliza, un estudiante herido debe recibir tratamiento médico por un médico licenciado dentro de *sesenta (60)* días después de ocurrido el accidente. La póliza pagará por gastos médicos elegibles y necesarios que han sido prestados entre 52 semanas después de la fecha del accidente basándose en los siguientes límites de la póliza:

**Cuarto de Hospital y Alojamiento:** Se basa en la tasa de cuartos semi-privados de los hospitales del área del condado de Pasco, Florida.

**Cuidados Intensivos y Alojamiento:** \*UCR no exceder 7 días en total.

**Gastos de Hospital de Paciente Interno:** \*UCR no exceder \$7,000.00 para todos los cargos del paciente interno incluyendo laboratorio, prescripción, suministros, cargos de alojamiento, etc.

**Gasto del Paciente Externo en un Hospital o un Centro Ambulatorio Licenciado de Cirugía:**

1) Si la cirugía es menor (reparación de laceración, etc.), o si ninguna cirugía es realizada: \*UCR no exceder \$1,000.00. 2) Si la cirugía es mayor y se requiere anestesia: \*UCR no exceder \$7,000.00.

**Enfermeras Especializadas:** \*UCR si el hospital restringe al paciente como interno.

**Visita No Quirúrgica, el Tratamiento y Cuidado de un Médico:** (A) Primera visita a la oficina o primera visita a un hospital o a un centro ambulatorio de cirugía: \$60.00. (B) Visitas subsiguientes a la oficina médica, no quirúrgicas: \$40.00. (C) Visitas subsiguientes al hospital, no quirúrgicas: \$60.00.

**Beneficios de Cirugía y Anestesia para Médicos Primarios:** La cantidad del beneficio en la parte A del Manual de Compensación Obrera de 1997, multiplicado por el factor de 1.5.

**Beneficio de la Cirugía para el Cirujano Asistente:** No exceder 40% de los beneficio para el médico primario; (pagado sólo en caso de que un cirujano asistente sea necesario y requerido para realizar un procedimiento quirúrgico; Observación o Enseñanza no son considerados beneficios cubiertos).

**Fisioterapia:** (Manipulación, masajes, ajustes, etc.) \$50.00 por día de tratamiento de paciente externo hasta un máximo de \$500.00 en conjunto por accidente cubierto.

**Dental:** Hasta \$400.00 de tratamiento por dientes naturales que fueron lesionados en un accidente cubierto.

**Radiografía, Radiología (incluye interpretación y lectura), Laboratorio, EEG, ECG:** \$500.00 máximo; MRI: \$700.00; CAT U OTROS ESCANERES: \$400.00.

**Ambulancia (Aire o Tierra):** \$500.00.

**Aparatos Ortopédicos:** (Un molde o tablilla no califican): Hasta \$600.00 si es prescrito por un médico para propósitos de rehabilitación.

**Prescripción:** Hasta \$450.00.

**Reparación o Reemplazo de Lentes, Lentes de contacto o audífono:** Hasta \$450.00 si la pérdida es debida directamente a un accidente que causa una herida a un atleta o porrista que estén cubiertos.

**Muerte por Accidente:** De atleta o porrista (debe ocurrir en 180 días del accidente): \$5,000.00.

**Desmembramiento Accidental:** (A) Un miembro \$10,000.00. (B) Más de un miembro \$20,000.00.

**Límite Médico Máximo por Accidentes Cubiertos:** Hasta \$25,000.00 pagados en conjunto por un accidente cubierto.

NOTA: \*UCR significa gastos "Usuales, de costumbre y razonables" generalmente definidos y aceptados por la profesión médica y el sector de seguros para tratar un accidente cubierto. Algunos médicos pueden cargar honorarios que exceden los límites de la póliza.

**ACCIDENTES CUBIERTOS: La póliza de Deportes provee beneficios para reclamos cubiertos debido a accidentes de deportes. Un 'accidente cubierto' se define como un evento identificable, repentino, imprevisto, no esperado, el cual resulta en una herida accidental a un atleta o porrista cubierto, independiente de cualquier otra causa, ocurrido mientras la póliza está en vigencia. Esfuerzo prolongado o repetición de una herida debido al esfuerzo excesivo no accidental, no es considerado 'accidente cubierto'. Beneficios de la póliza por agotamiento por calor o desmayo son proporcionados si alguno sucediera dentro de una hora después de haber participado en alguna sesión de práctica de deporte o juego escolar.**

**RED DE PROVEEDORES PREFERIDOS** es un listado de proveedores de servicios médicos, doctores y hospitales, que se han puesto de acuerdo a aceptar los beneficios de la póliza de deportes como pago completo por los servicios prestados, en muchos de los casos. Es la responsabilidad del padre pagar cualquier cargo que no sea cubierto por el plan del seguro escolar. No todos los doctores y hospitales aceptan los beneficios de la póliza del seguro escolar como pago completo por los servicios prestados. Una lista actualizada de Proveedores Preferidos puede encontrarse en nuestra página de internet [www.schoolinsuranceofflorida.com](http://www.schoolinsuranceofflorida.com).

**CLAUSULA DE NO GANANCIA:** Esta póliza es un Seguro de Exceso. Esto significa que cualquier pago de beneficios que pudiera ser obtenido de cualquier otro seguro o plan similar, debe pagar primero. (Si una persona se abstiene de seguir las reglas de su plan PPO o HMO y pierde los beneficios que pudiera haber cobrado, estos beneficios serán clasificados como cobrables y los beneficios de la póliza escolar serán reducidos a la cantidad que pudo haber sido cobrada por el seguro HMO o PPO). El pago total que pueda ser cobrado al plan o planes de seguro no podrá exceder el gasto médico razonable incurrido.

**CIRUGIA** como es definida en la póliza significa (a) la reparación de una laceración que requiere sutura (b) cualquier operación de corte, o (c) la reducción de una fractura o dislocación; (tratamiento de una fractura no desplazada que no requiera reducción, no es considerado un procedimiento quirúrgico).

#### **EXCLUSIONES DE LA POLIZA**

##### **EL SEGURO DE ACCIDENTES DE DEPORTES INTERESCOLARES NO CUBRE:**

1. Cualquier herida no causada únicamente por participación en un deporte Inter escolar planificado por una escuela secundaria o intermedia del Condado de Pasco, Florida, bajo la supervisión directa de una autoridad calificada de la escuela. Ligas organizadas o campamentos privados.
2. Hernia en cualquier forma, a pesar de su causa.
3. Herida causada por estar bajo la influencia del alcohol o drogas a menos que sean prescritas por un médico licenciado.
4. Enfermedad mental o gasto de evaluación o tratamiento psiquiátrico.
5. Tratamiento realizado por cualquier empleado de la escuela o por cualquier miembro inmediato de la familia de la persona cubierta.
6. Una herida causada por participación en cualquier liga o deporte organizado no patrocinado por la escuela.
7. Agravación de una herida previa o de una condición preexistente.
8. Viajes entre la escuela y la casa de una persona cubierta.
9. Heridas de condicionamiento físico durante la temporada que no hay deportes al menos que ocurra durante una actividad planificada y supervisada por el entrenador de la escuela.
10. Cualquier forma de enfermedad, o dolencia incluyendo aunque no limitada a las siguientes: Enfermedad de Perthes, Enfermedad de Osgood-Schlatter, Osteomielitis, Osteocondritis, Osteogenesis Imperfecta, fractura de epífisis femoral superior, Tromboflebitis, reacciones histéricas, o condiciones similares, furúnculos, pie de atleta, impétigo o infección cutánea similar, erupciones, reacciones ante plantas venenosas, verrugas, ampollas, callos, calambres, contracción muscular, alergias o reacciones alérgicas, uñas encarnadas, apendicitis, hernia de cualquier tipo, causadas de cualquier modo; otras infecciones que no sean el resultado de dicha lesión, desprendimiento de retina o gastos de tratamiento para condiciones semejantes no debido a una herida accidental.
11. Gastos que resulten por la participación en actividades para las cuales los beneficios serían pagaderos, en la ausencia de este seguro, bajo una póliza de accidentes catástrofes de deportes o de asociaciones patrocinadas por escuelas secundarias o fideicomiso, son excluidos expresamente de la cobertura.

*Esta descripción del seguro no es un contrato y resume las provisiones, beneficios y exclusiones de la Póliza # 09-0103-2018. Provisiones y exclusiones adicionales aplican. Cualquier diferencia entre la póliza y esta descripción se resolverá de acuerdo a las provisiones de la Póliza Magistral emitida a la Junta del distrito escolar.*

#### **COMO HACER UN RECLAMO**

- 1) Obtenga un formulario de reclamo del entrenador o de la Oficina de Director Atlético. Las instrucciones aparecen en el formulario de reclamo. El entrenador debe completar el área de la escuela, firmar y poner la fecha en el formulario. Es la responsabilidad del padre asegurarse que el formulario este completo y emitido a la oficina de School Insurance of Florida dentro de 90 días de la fecha del accidente. Los reclamos no serán pagados si se reciben después de 90 días de la fecha del accidente.
- 2) Realice su reclamo con su otra compañía (Primaria) de seguros primero. Esto es un seguro secundario y no puede pagar 100% de gastos médicos. Los beneficios de la póliza de deportes no pueden ser pagados basándose a estados de cuenta por pagar. Cuando su reclamo ha sido procesado por su seguro primario, envíe una copia de la explicación de beneficios (EOB), las facturas detalladas y el formulario de reclamo a School Insurance of Florida.

**Nota importante: Por favor no deje el formulario de reclamo en el hospital ni en la oficina del doctor. Es la responsabilidad del padre asegurarse que el formulario este completo y emitido a la oficina de School Insurance of Florida dentro de 90 días de la fecha del accidente.**

**SI USTED TIENE UN RECLAMO O PREGUNTAS, CONTACTE A SCHOOL INSURANCE OF FLORIDA**  
No llame a la escuela. Las escuelas no mantienen registros de reclamos y no podrán contestar preguntas de los reclamos.  
**LOS RECLAMOS DEBEN SER EMITIDOS DENTRO DE 90 DÍAS DE LA FECHA DEL ACCIDENTE A:**

SCHOOL INSURANCE OF FLORIDA  
P.O. BOX 784268  
WINTER GARDEN, FL 34778  
Teléfono local: 407-798-0290 ó 800-432-6915  
Fax: 407-798-0296  
[www.schoolinsuranceofflorida.com](http://www.schoolinsuranceofflorida.com)

Pasco 2019

**FORMULARIO DE RECLAMO DEL SEGURO DE LA ESCUELA**  
**EL FORMULARIO DE RECLAMO Y AVISO DE HERIDAS TIENE QUE SER ENVIADO A:**

School Insurance of Florida, P.O. Box 784268 Winter Garden, FL 34778-4268

**PADRES:** Las limitaciones y exclusiones de la póliza están al reverso del folleto que usted lleva a casa. **La póliza no paga el 100% de los gastos.** Es secundario/sobrante a cualquier seguro primario. Debe presentar el reclamo con su seguro primario primero. Se requiere que un oficial de la escuela llene la parte B, si la herida es relacionada con la escuela. Este formulario no será tramitado o procesado a menos que todas las preguntas sean contestadas y todas las firmas sean colocadas debidamente. **Es el deber del reclamador (padre, guardián) de proporcionar a la compañía con todas las facturas, explicación de beneficios del seguro primario, este reclamo e información, dentro de 90 días de la fecha del accidente para establecer el reclamo. No deje este formulario con su médico u hospital para ser enviado.** Lo tiene que hacer usted mismo. Envíe este formulario a School Insurance of Florida para hacer un reclamo. **No deje este formulario con su médico ni en el hospital.**

**Parte A: El PADRE O GUARDIAN DEBE LLENAR Y FIRMAR ESTA PARTE.** (Imprima su respuestas por favor)

1.Nombre de la Escuela:	Condado:	Grado:
2. Apellido del Estudiante:	Nombre:	Inicial:
3. Dirección del Padre:	Ciudad	Estado: Código Postal:
4. Teléfono del Hogar ( ) -	Fecha de Nacimiento	/ /

**5) NO PODEMOS PROCESAR SU RECLAMO A MENOS QUE NOS PROPORCIONE UNA DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE QUE CAUSO LA HERIDA.** (Utilice el reverso de éste formulario si necesita más espacio.)

6. Fecha de la herida: Mes \_\_\_\_ Día \_\_\_\_ Año \_\_\_\_ Hora \_\_\_\_ AM o PM Lugar de accidente: \_\_\_\_\_

7. Parte del cuerpo que fue herido/lesionado (incluya si es el lado derecho o izquierdo): \_\_\_\_\_

8. El nombre de cualquier otro seguro que puede proporcionar los beneficios para esta herida. (Si ninguno, indique ninguno. (No deje esta línea en blanco). \_\_\_\_\_ Por favor conteste las siguientes preguntas para acelerar nuestro proceso: ¿Cual es su deducible o su pago fijo (si cualquiera)?- \$ \_\_\_\_\_ ¿Al momento del este accidente, fue el deducible alcanzado? SI NO. Qué porcentaje paga su otro seguro después de que el deducible haya sido satisfecho? \$ \_\_\_\_\_ (ponga el porcentaje). ¿Comprende que debe proporcionar este reclamo y una declaración de su seguro primario indicando sus beneficios admisibles o su rechazo de pago? SI NO

9. Dirección de la oficina de las demandas de la compañía de seguros en la línea 8: \_\_\_\_\_

10. Nombre de la madre y empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador de la madre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

11. Nombre del padre y empleador: \_\_\_\_\_ Ocupación: \_\_\_\_\_  
Dirección del empleador del padre: \_\_\_\_\_ Número de teléfono \_\_\_\_\_

Las respuestas antedichas son verdaderas y correctas. Autorizo por este medio a cualquier persona o institución enviar cualquier información pedida por la compañía de seguros o su agente, incluyendo la historia y examen físico, el diagnóstico u otra información médica o del seguro. Una copia de esta autorización será considerada como eficaz y válida como la original. **LEY DE LA FLORIDA:** "Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, hacer una declaración de reclamos que contiene información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un crimen de tercer grado."

12. Firma del padre o guardián: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

**PARTE B: DEBE SER LLENADO POR UN OFICIAL DE LA ESCUELA POR TODAS LAS HERIDA RELACIONADAS CON LA ESCUELA**  
**PART B - FILLED OUT BY SCHOOL OFFICIAL FOR ALL SCHOOL RELATED INJURIES.**

1. WE CANNOT PROCESS THIS CLAIM UNLESS YOU GIVE US A DETAILED DESCRIPTION OF HOW THE ACCIDENT OCCURRED THAT CAUSED THE INJURY. (Use back of this form if more space is needed.)

2. Injury Date: Month \_\_\_\_ Day \_\_\_\_ Year \_\_\_\_ Time \_\_\_\_ AM or PM Part of body injured (include whether right or left) \_\_\_\_\_

3. At the time of the accident was the student involved in a school sponsored and supervised activity? YES NO If Interscholastic sports what sport or what event? Circle one FOOTBALL GAME--FOOTBALL PRACTICE -- SOCCER-- VOLLEYBALL-- BASEBALL-- SOFTBALL - TRACK--WRESTLING--BASKETBALL -- FLAG FOOTBALL-- PE CLASS--RUGBY--LACROSSE-- OTHER LIST _____
--

4. What date has the Athlete returned to play? \_\_\_\_\_ Under whose supervision (witness)? \_\_\_\_\_

5. Print Name/Title of School Official \_\_\_\_\_ School phone Number \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_

6. \*\*Signature of School Official: \_\_\_\_\_ (Only if injury is School Related) Date of this report: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Instructions to file a claim: 1)** You must file your claim with your other (Primary) insurance company first. Other insurance includes HMO's, PPO's BC/BS, United, Employer Benefits, HSA's or Tri-care. This is secondary, excess coverage. When your claim has been processed by your primary insurance; mail a copy of the explanation of benefits (EOB's), the itemized bills to School Insurance of Florida. We cannot accept a balance due statement. **2)** A completed School Insurance of Florida Claim Form must be submitted within 90 days from the date of the incident. If the condition is school related or happened at school Part B must be completed. If the condition did not happen at school complete Part A and mail directly to School Insurance of Florida. **3)** The plan administrator mailing address is: School Insurance of Florida P.O. Box 784268 Winter Garden, FL. 34778-4268 Telephone: 1-800-432-6915. **Instrucciones: 1)** Usted debe hacer su reclamo con su compañía de seguro primario antes que con nosotros. Otro seguro incluye HMO, PPO, BC/BS, United, Beneficios de Empleados, HSA o Tri-care. Este es un seguro secundario, cobertura de exceso. Cuando su reclamo haya sido procesado por su seguro primario, envíe por correo a School Insurance of Florida copia de la explicación de los beneficios y facturas detalladas. No podemos aceptar estados de cuenta por pagar. **2)** El formulario de reclamo debe ser completado y enviado a School Insurance of Florida dentro de los 90 días después del accidente. Si la condición es relacionada a la escuela o sucedió en la escuela, la Parte B debe ser completada. Si la condición no sucedió en la escuela, complete la Parte A y envíe el formulario directamente a School Insurance of Florida. **3)** La dirección del Administrador de este plan es: School Insurance of Florida P.O. Box 784268 Winter Garden, FL 34778-4268 Teléfono: 1-800-432-6915.