

INSTRUCCIONES PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES MÉDICAS POR ACCIDENTE

Servicios de Riesgo ADL, Administrador del Plan
CORREOS Caja 640789, Pike Road, AL 36064 - P: 844.350.9897 Fax seguro: 334.649.7901
Correo electrónico: Claims@ADLRS.com Sitio web: <http://adlrs.com>

Por favor, lea estas instrucciones de manera completa, cuidadosa y minuciosa antes de enviar cualquier formulario o reclamo para evitar una denegación de su(s) reclamo(s).

Proceso de Presentación de Formularios de Accidente y Requisitos de Elegibilidad

- ❖ Complete el Formulario de Accidente Estudiantil ("SAF") requerido y envíelo a los Servicios de Riesgo de ADL ("ADL") lo antes posible o a más tardar 90 días después de la fecha inicial del accidente/lesión para establecer el reclamo. (Un formulario SAF por lesión). **No espere ni asuma que este formulario es presentado por otra persona (es decir, un representante de la escuela, un proveedor médico, etcétera).** **EN ÚLTIMA INSTANCIA, USTED, EL PADRE/TUTOR, ES RESPONSABLE DE PROPORCIONAR LA DOCUMENTACIÓN ADECUADA.** La escuela y el padre o tutor también deben guardar una copia para sus propios registros.

Obtenga el formulario más actualizado de su escuela o del sitio web de ADL.

- **SECCIÓN 1:** debe ser completada y firmada por el oficial escolar designado tan pronto como sea posible después de que ocurra la lesión.
- **SECCIÓN 2 y 3:** a cumplimentar por el padre o tutor del alumno.
- **SECCIÓN 4:** Debe ser completado y firmado por el padre o tutor. Firmar la línea de autorización permite que ADL se comunique con el/los proveedor/instalaciones con respecto a su reclamo.
- No espere a que el proveedor médico le facture antes de enviar el SAF.

Los SAF incompletos, junto con la presentación tardía, son las razones más frecuentes por las que se retrasan los pagos de las reclamaciones.

Si no puede obtener el ID del plan/número de póliza de su escuela del representante de su escuela, comuníquese con ADL para obtenerlo. Si el estudiante lesionado no tiene seguro disponible, indique "sin seguro" o "ninguno" en los campos correspondientes). TODOS los campos deben completarse con precisión, estar firmados y fechados por las personas como se indica en el formulario. Las reclamaciones serán denegadas, si el SAF no se completa con precisión y como se indica en las instrucciones. Se debe enviar una copia del SAF a ADL Risk Services lo antes posible para que cualquier reclamo médico elegible relacionado con la lesión no resulte en una demora en la aprobación para su procesamiento. Si el SAF se presenta después de 90 días a partir de la fecha inicial del accidente/lesión, **SU RECLAMO SERÁ DENEGADO** y deberá presentar una apelación para la reconsideración.

❖ **Lista de Verificación de Criterios de Elegibilidad para Reclamos Rápidos (TODOS son requisitos para que su reclamo sea elegible para reembolso/pago).**

- Accidente/Lesión ocurrido durante el horario escolar o mientras asistía a una actividad o evento asociado/patrocinado y supervisado por la escuela.
- Formulario de accidente estudiantil completado con precisión y enviado lo antes posible. (A más tardar 90 días después de la fecha inicial de la lesión).
- El tratamiento para la lesión/accidente debe comenzar dentro de los 30 días posteriores a la fecha inicial de la lesión por un médico autorizado, o su reclamo será denegado. (El tratamiento en la sala de emergencias debe realizarse dentro de las 72 horas posteriores a la fecha inicial de la lesión para ser elegible para el reembolso).
- Todos los tratamientos o servicios relacionados con la lesión cubierta deben haber ocurrido dentro del período de 52 semanas posteriores a la fecha de la lesión. Cualquier tratamiento o servicio que ocurra después de este período de beneficio de 52 semanas no será elegible para reembolso/pago y será denegado.
- Su seguro primario y cualquier otro seguro disponible deben procesar la reclamación primero antes de presentarla a ADL; de lo contrario, su reclamación será denegada. [**Excepción: Para Medicaid y Tricare, ADL debe facturarse como el Primario (primer pagador)*]
- Las reclamaciones médicas relacionadas con el accidente estudiantil por todos los tratamientos o servicios proporcionados durante el período de cobertura de 52 semanas, pero presentadas a ADL DESPUÉS de que el período de cobertura de 52 semanas haya expirado, deben hacerlo dentro de los 180 días a partir de la fecha de vencimiento del beneficio o serán denegadas.
- Todos los documentos, formularios y recibos requeridos, como se describe en la sección de **Instrucciones de Procesamiento de Reclamaciones** en la página 2 de estas instrucciones, se han completado u obtenido para su presentación a ADL.

- ❖ Proporcione a todos los proveedores/centros médicos una copia del SAF, la dirección de facturación de la ADL y la información de contacto (en la parte superior de este formulario) como su procesador de reclamaciones de seguro médico de accidentes secundarios/estudiantiles, franquicia completa, y pídale que nos facture directamente una vez que se hayan presentado todos los demás seguros disponibles. (Consulte la sección de **Instrucciones para el Procesamiento de Reclamaciones** en la página siguiente, si el proveedor no desea presentar una solicitud directamente ante la ADL O si el padre/tutor está buscando el reembolso de los gastos de bolsillo elegibles.)

- ❖ **Lea atentamente** y siga las Instrucciones de **Procesamiento de Reclamaciones** en la siguiente página, así como la información adicional que se proporciona a continuación.

Otra información importante

- Este plan de beneficios es un plan de seguro de accidente estudiantil, franquicia completa, lo que significa que los beneficios se proporcionan después de que todos los seguros válidos y cobrables hayan procesado el reclamo médico. No es un plan de seguro de salud integral para gastos médicos mayores, ni una alternativa para el plan/póliza de seguro médico principal; los beneficios son limitados y es posible que no cubran el 100% de sus gastos de bolsillo, especialmente si no ha cumplido con el deducible anual de su seguro primario u otros requisitos de gastos de bolsillo. Todas las reclamaciones presentadas están sujetas a los términos, condiciones y beneficios del Plan, según se describe en la cobertura seleccionada por el Titular del Plan (su escuela o distrito escolar).
- **Lesiones dentales:** Este plan cubre solo lesiones accidentales en dientes sanos y naturales. El seguro médico y dental primario debe presentarse primero antes de presentar la solicitud ante la ADL, con la excepción de Medicaid y Tricare.
- **Fisioterapia:** Cuando se relaciona con la rehabilitación después de un procedimiento quirúrgico, hasta 25 visitas son elegibles para la cobertura. Si las visitas no están relacionadas con la cirugía, un máximo de 10 visitas es elegibles para cobertura/reembolso.
- **Visitas por conmoción cerebral:** Un máximo de 3 visitas son elegibles para cobertura/reembolso.
- **Recetas/medicamentos:** Los gastos de bolsillo que no son reembolsables por el seguro primario para recetas recetadas por el proveedor médico que supervisa el tratamiento del estudiante pueden ser elegibles para reembolso. Se debe proporcionar una factura de farmacia detallada. Solo se aceptan recibos de caja registradora.
- **Este plan de beneficios por accidente estudiantil NO cubre los gastos médicos relacionados con COVID-19.**

Instrucciones para el procesamiento de reclamaciones

Se deben seguir los procesos que se describen a continuación, si se han completado los Criterios de Elegibilidad para Reclamos restantes (Página 1).

¿Quién solicitó a el reembolso/pago?

Médico Proveedor/Instalación presentación directa a Servicios de Riesgo ADL, LLC (ADL)

(donde se proporcionaron servicios/procedimientos al estudiante/atleta)

Esta opción se utiliza cuando el proveedor o centro médico va a presentar/presentar la reclamación directamente a la ADL para el pago.

Además de la información de la reclamación anterior, también se nos debe presentar la *Explicación de Beneficios* ("EOB") del seguro principal.

Cualquier pago elegible se enviará directamente al *proveedor/centro médico* junto con una EOB actualizada.

Se emitirá una denegación por gastos no cubiertos o si no se presentó alguna de la documentación requerida o no se ha cumplido alguno de los criterios de elegibilidad.

El proveedor/centro médico debe recibir la información de facturación de ADL como su *proveedor de seguro* de accidentes estudiantil secundario para poder presentar el reclamo, **DESPUÉS** de que su *seguro primario* haya sido procesado/pagado

El proveedor médico debe presentar los formularios de reclamación completados (por ejemplo, HCFA 1500, UB-04) con información detallada de los servicios y procedimientos con todos los códigos de diagnóstico, facturación y servicio (CPT/HCPCS) aplicables.

Padre/Tutor (Parte responsable) *presentación en nombre de* Proveedor/Centro Médico

Esta opción debe utilizarse cuando un proveedor médico no desea presentar el reclamo ante la ADL directamente o ha "facturado el saldo" al padre/tutor después de que el seguro primario haya pagado su parte.

El padre/tutor debe comunicarse con el proveedor/centro médico donde se brindaron los servicios para obtener los formularios de reclamo HCFA 1500 / UB-04 y enviarlos a la ADL.

(Nota: El formulario de reclamación HCFA 1500/UB-04 detalla los códigos de diagnóstico y servicio/procedimientos (CPT/HCPCS), así como los cargos de las partidas que se necesitan para procesar su reclamación). 'Saldo adeudado', 'Estado de cargos detallado', 'Resumen de facturación', etcétera, NO proporciona toda la información necesaria para aplicar correctamente los beneficios. Si tiene dificultades para obtener los formularios de reclamación HCFA 1500/UB-04 del proveedor/centro médico, comuníquese con nosotros directamente al 844.350.9897 o envíe un correo electrónico a claims@adlrs.com para obtener más ayuda.

Además de la información sobre la reclamación anterior, también se nos debe presentar la *Explicación de beneficios* del seguro primario ("EOB").

Cualquier pago elegible se enviará directamente al proveedor médico junto con una EOB actualizada. Se emitirá una denegación por gastos no cubiertos o si no se presentó alguna de la documentación requerida o no se ha cumplido alguno de los criterios de elegibilidad.

Padre/Tutor (Parte responsable) *presentación directa a* Servicios de Riesgo ADL, LLC (ADL)

Esta opción debe utilizarse si el padre/tutor ha pagado de su bolsillo los beneficios, servicios o suministros elegibles y desea que se le reembolse directamente.

El padre/tutor debe comunicarse con el proveedor/centro médico donde se brindaron los servicios para obtener los formularios de reclamo HCFA 1500 / UB-04 y enviarlos a la ADL. (Nota: El formulario de reclamación HCFA 1500/UB-04 detalla los códigos de diagnóstico y servicio/procedimientos (CPT/HCPCS), así como los cargos de las partidas que se necesitan para procesar su reclamación). 'Saldo adeudado', 'Estado de cargos detallado', 'Resumen de facturación', etcétera, NO proporciona toda la información necesaria para aplicar correctamente los beneficios. Si tiene dificultades para obtener los formularios de reclamación HCFA 1500/UB-04 del proveedor/centro médico, comuníquese con nosotros directamente al 844.350.9897 o envíe un correo electrónico a claims@adlrs.com para obtener más ayuda.

Además de la información sobre la reclamación anterior, también se nos debe presentar la *Explicación de beneficios* del seguro primario ("EOB").

Se deben presentar recibos de respaldo detallados/detallados (detalle de la partida) o una declaración del paciente que muestre qué y cuánto se pagó/se va a reembolsar.

Se emitirá una denegación por gastos no cubiertos o si no se presentó alguna de la documentación requerida o no se ha cumplido alguno de los criterios de elegibilidad.

Si tiene alguna pregunta sobre la elegibilidad o lo que se necesita para procesar su reclamo después de una revisión cuidadosa de este documento, ¡no dude en contactarnos! ¡Tenga a mano la información de su reclamo para que podamos brindarle asistencia rápida!

Teléfono: 844.350.9897 o correo electrónico: Claims@ADLRS.com