

SPECIALTY BENEFITS, INC.

an affiliate of KKK Insurance Group, Inc.

In California: DBA Specialty Benefits Administrator, Inc.
In Texas: DBA Specialty Accident Benefits, Inc.

LOS LIMITES Y LAS EXCLUSIONES DEL PLAN DE LA US ADULT SOCCER ASSOCIATION – 2003–2004

Este resumen sirve como una descripción general de los beneficios secundarios del plan disponibles bajo la póliza de Accidentes de Participantes; no es totalmente inclusivo o exhaustivo. Por favor ponerse en contacto con un funcionario de la Asociación Estatal para obtener más información.

Todos los gastos elegibles serán sujetos a un deducible de \$400

EL INVENTARIO DE BENEFICIOS

Gastos de cuarto y comida del hospital (paciente interno)	\$150, máximo al día
Gastos misceláneos del hospital (paciente interno)	\$1,000, máximo por cada admisión
Gastos de hospital/facilidad (paciente externo)	\$250 máximo por cada admisión
Cuidado de emergencia del hospital	\$350, máximo por lesión
Gastos de médicos (no quirúrgicos)	\$35, máximo por visita (límite de 10 visitas por lesión)
Gastos de cirujano (paciente interno o externo)	Permitidos al 50% de los cargos usuales, habituales, y razonables (UCR)
Gastos del cirujano secundario	Permitidos al 25% del cargo UCR del cirujano
Gastos de anestesiólogo	Permitidos al 12.5% del cargo UCR del cirujano
Gastos de fisioterapia o quiropráctica (paciente externo)	\$25, máximo por visita (límite de 10 visitas por lesión)
Rayos-x (paciente interno o externo), imágenes diagnósticos, MRI, exámenes TAC, o procedimientos semejantes	\$150, máximo por lesión
Gastos dentales (solamente dientes sanos y naturales)	\$500, máximo por lesión
Gastos de ambulancia	\$100, máximo por lesión
Aparatos ortopédicos como resultado de una lesión cubierta, y NO para la prevención de lesión	\$400, máximo por lesión

EXCLUSIONES

Hernia, en toda forma
Luchas, a menos que el Asegurado sea una víctima inocente
Gastos incurridos para el uso de aparatos ortopédicos, a menos que sea exclusivamente para promover la curación
Medicaciones con receta
Alquilamiento/Compra de aparatos eléctricos o bio-mecánicos, aparatos de movimiento continuo y pasivo (CPM), o de estimulación eléctrica
Cualquier miembro de la familia o del casero del Asegurado
Lesión sostenida mientras que el Asegurado está montado en o sobre cualquier vehículo con o sin un motor que tiene dos o tres ruedas
Picadas de insectos, roble venenoso, hiedra venenosa, verrugas, ampollas, uñeros u otras condiciones semejantes
Lesión intencionada y auto-infligida
Lesión sostenida en la comisión o la comisión tentativa de un acto criminal
Enfermedad o mal, excepto cuando se necesita el tratamiento a causa de una lesión corporal causada por un accidente cubierto
Lesión causada mientras que el Asegurado está intoxicado o bajo la influencia de drogas o narcóticos, a menos que sean prescritos por un médico licenciado

LIMITACIONES SOBRE CONDICIONES PRE-EXISTENTES

Un período de tiempo de seis (6) meses por lo cual una condición previa debe ser libre de tratamiento es el criterio para que una condición puede ser considerada una "nueva" lesión. Cualquier condición crónica o pre-existente para la cual se recomienda o se recibe tratamiento durante los seis (6) meses antes de la fecha efectiva de la inscripción del Asegurado en la US Amateur Soccer Association, será cubierto hasta el máximo de \$1,000.

MAXIMO DEL PLAN

\$5,000 pagables por lesión sujeto a los límites del plan. La cobertura termina 52 semanas después de la fecha del accidente.

1712 Magnavox Way P.O. Box 2338
Fort Wayne, Indiana 46801-2338
(800) 237-2917 (260) 459-5915

PLAN DE SEGURO DE ACCIDENTES Y SALUD UNITED STATES AMATEUR SOCCER ASSOCIATION (Asociación Estadounidense de Fútbol Amateur)

Información Adicional

El plan de Accidentes y Salud bajo la póliza del U.S.A.S.A. provee un beneficio suplementario/de exceso con máximo restringido combinado que no puede exceder los \$5000 por incidente, después de pagar un deducible por incidente de \$400. Sólo se pueden aplicar al deducible cargos permitidos, o estos se deben pagar de conformidad con los límites de la póliza. Sólo son elegibles los cargos médicos por lesiones incurridas en el mismo momento del accidente cubierto. El participante lesionado debe conseguir tratamiento para las lesiones resultantes del accidente reclamado antes de transcurrir 60 días de sufrirse las lesiones. Aquellos servicios que no tienen cantidades máximas pre-establecidas están sujetos a las pautas del plan. (Ésta es únicamente una descripción de beneficios, no una garantía de pago). Un resumen más detallado de los beneficios se le entregará al participante de solicitarlo.

Se requerirá que los formularios de reclamo que tengan información incompleta envíen información adicional, lo cual demorará su pago. Si Ud. recibe una solicitud para mayor información, por favor responda de inmediato.

Preguntas y Respuestas

1. ¿Qué es un Portador Primario?

El Portador Primario [Primary Carrier] es la primera compañía de seguros en considerar sus gastos médicos y emitir los pagos elegibles. Un Portador Primario es cualquier Plan de Seguro de Salud a través de su empleo, un plan familiar a través del lugar de empleo de algún pariente, un plan de salud universitario para estudiantes de universidad, una póliza de jubilación u otras pólizas de accidentes y/o Medicare.

2. ¿Qué es una cobertura Suplementaria o de Exceso?

Es una cobertura que reduce sus gastos de bolsillo después de que su Seguro de Salud primario ha pagado sus gastos médicos elegibles.

3. ¿Qué sucede si no tengo ningún otro Seguro de Salud?

En ese caso el plan U.S.A.S.A. será considerado el Portador Primario. Tenga presente que si éste es el caso, el plan no cambiará sus límites, políticas, pautas o procedimientos. Ud. será responsable de pagar cualquier diferencia entre lo que cobró el proveedor y lo que pagó la compañía de seguros.

4. ¿Qué se considera una factura que detalla los cargos?

Una factura que detalla los cargos tiene toda la siguiente información: el nombre completo, dirección, número de teléfono y el número de identificación de impuestos del proveedor (médico u hospital). También incluirá un código de diagnóstico, códigos de procedimiento de cinco dígitos, fechas en que se prestaron los servicios, y las cantidades cobradas.

5. ¿Qué es una Explicación de Beneficios?

Una Explicación de Beneficios (cuyas siglas en Inglés son EOB - Explication of Benefits) es una declaración que su compañía de seguro de salud le envía cada vez que procesan un reclamo. Ésta presenta los tipos de servicio, cuánto se permitió, cuanto se aplicó al deducible, y cuanto se pagó.

6. ¿Cómo se calcula el pago?

Examinamos lo que cobró el proveedor (antes de los cálculos del portador primario) y determinamos el máximo permitido en base a nuestros límites. Luego verificamos que Ud. haya satisfecho su deducible de accidente. Si el deducible no se ha pagado en su totalidad, restamos el monto deducible de los cargos permitidos. Si queda un saldo, vemos cuanto ha pagado el portador primario. Esto también se deduce. Cualquier saldo pendiente después de los cálculos anteriores se le remite al participante o al proveedor de servicios de salud, si así lo indica en su formulario de reclamo.

7. ¿Tengo que presentar un formulario de reclamo cada vez que envío facturas?

No. No se necesitan formularios adicionales una vez que hemos recibido sus formularios de reclamo convalidados. A Ud. se le asignará un número de expediente al que se hará referencia en nuestra carta de contacto. Una vez que a Ud. se le ha notificado el recibo de su reclamo, todas las facturas y otra correspondencia puede ser enviada directamente a la compañía de seguros, usando el número del reclamo como identificación.

Arkansa, Florida, Kentucky, Michigan, New Jersey and Pennsylvania

Cualquier persona quien a sabiendas y con el intento de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presenta una declaración de reclamo conteniendo información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información acerca de cualquier dato, o material de ello, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen, sujeto a juicio y castigo civil.

California

Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en esta forma: Cualquier persona quien a sabiendas presenta un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede ser sujeto a multas y encarcelamiento en una prisión del estado.

Acto 1871.2 Para la Prevención de Fraude de Seguros de California

Colorado

Es ilegal, a sabiendas proveer información o datos falsos, incompletos, o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Castigos pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro, y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros quien a sabiendas provee datos o información falsa, incompleta, o engañosa al asegurado o demandante con respecto a una liquidación o un premio pagable de los procedimientos de seguro serán reportados a la división de seguros de Colorado dentro del departamento de agencias de regulación.

Idaho

Cualquier persona quien a sabiendas y con el intento de dañar, defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguros presenta una declaración de reclamo conteniendo información incompleta, o engañosa comete un crimen.

Indiana

Una persona quien a sabiendas y con intento de defraudar a un asegurador presenta una declaración de reclamo conteniendo cualquier información falsa, incompleta o engañosa comete un crimen.

Minnesota

Una persona que presente una declaración de reclamo con el intento de defraudar o ayuda a cometer un fraude contra un asegurador es culpable de un crimen.

Nevada

Conforme a NRS 685A.291, cualquier persona quien a sabiendas presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta, o engañosa con respecto a un hecho material es culpable de un crimen.

New Hampshire

Cualquier persona que con el propósito de dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta, o engañosa es sujeto a juicio y castigo para fraude de seguros, como estipulado en RSA 638.20.

New York

Cualquier persona quien a sabiendas y con el intento de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presenta una declaración de reclamo conteniendo información materialmente falsa u oculta, con el propósito de engañar, información acerca de cualquier dato, o material de ello, comete un acto fraudulento de seguros, lo cual es un crimen, y además será sujeto a un castigo civil que no excederá cinco mil dólares E.U. más el valor indicado del reclamo por cada uno de tal infracción.

Ohio

Cualquier persona quien a sabiendas y con el intento de dañar, defraudar, o engañar a cualquier asegurador, presenta una aplicación o hace un reclamo que contenga datos falsos o engañosos es culpable de fraude de seguros.

Oklahoma

Cualquier persona quien a sabiendas y con el intento de dañar, defraudar, o engañar a cualquier asegurador, hace un reclamo para las ganancias de una póliza de seguro conteniendo cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un crimen.