



INSTRUCCIONES PARA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES DE PÓLIZAS DE ACCIDENTE DE USASA



**Nota: Esta cobertura es ADICIONAL a otros seguros.
Cerciórese de presentar la información de otros seguros (si está disponible) cuando se le solicite.**

1. Le han proporcionado un formulario de reclamación diseñado específicamente para USASA. Sírvase usar solamente este formulario. No demore la presentación de este formulario: debe recibirse con o sin adjuntos dentro de los 90 días posteriores al accidente o podrán denegarse los beneficios debido a su presentación extemporánea.
2. El participante o su tutor legal deben completar y firmar la Parte A.
3. Un funcionario del equipo local o de la organización de USASA debe completar, firmar y fechar la Parte B.
4. Presente los formularios de facturación para el seguro desglosados.* Su proveedor de servicios médicos debe proporcionarle esos formularios, que deben incluir el nombre del paciente, su condición (diagnóstico), tipo de tratamiento y fecha en que se incurrió en los gastos. No se aceptan estados de cuenta con "Saldo a pagar".
5. Si tiene cobertura médica por otra póliza debe presentar las facturas primero a su aseguradora principal y presentar una copia de la declaración de Explicación de beneficios (EOB) de su aseguradora principal a K&K Insurance Group, Inc. /Specialty Benefits (Beneficios especializados). SI TIENE OTRO SEGURO, K&K Insurance Group, Inc. / Specialty Benefits NO PODRÁ PROCESAR SU RECLAMACIÓN SIN LA EOB DE SU ASEGURADORA PRINCIPAL.
6. Luego se debe enviar el formulario de reclamación y los adjuntos a su funcionario de la Asociación estatal de USASA para su validación. El formulario debe estar firmado en la parte superior por el funcionario de verificación del estado para ser presentado a K&K Insurance Group, Inc. / Specialty Benefits.
7. Su funcionario de verificación del estado enviará el FORMULARIO COMPLETADO por correo electrónico, fax o correo postal a:
K&K Insurance Group, Inc. /Specialty Benefits
Attn: Participant Accident Claims
P.O. Box 2338
Fort Wayne, IN 46801
Correo electrónico: KK_PACLAIMS@KANDKINSURANCE.COM
Fax: 312-381-9077
8. Cuando K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits reciba el formulario completado, usted y su funcionario de verificación estatal recibirán una Carta de Confirmación de Reclamación.
9. DESPUÉS de que reciba su Carta de Confirmación, puede comunicarse con K&K Insurance Group, Inc./Specialty Benefits al 800-237-2917 Opción 1.