



Año Escolar 2017-2018-2019

Asunto: Seguro Voluntario Contra Accidentes para Estudiante

Queridos Padres,

La escuela de su hijo(a) no es responsable de las facturas médicas si su hijo(a) se lesiona durante las actividades escolares. Los planes adjuntos se ofrecen con el fin de ayudarlo a asegurar a su hijo(a) contra lesiones de accidentes y enfermedades.

Si su hijo(a) tiene cobertura a través de otro plan, Ud. puede utilizar esta cobertura para ayudar a cubrir las diferencias que dejan los deducibles y copagos.

Existen varias opciones disponibles. El Plan de Atención Médica para Estudiantes se recomienda para estudiantes sin ninguna otra cobertura, ya que cubre accidentes y enfermedades las 24 horas del día. La ley estatal requiere que los estudiantes que participen en actividades interescolares tengan cobertura de seguro contra accidentes.

Con excepción del Plan Contra Accidentes Dentales, los planes descritos en este folleto incluyen un acuerdo con un proveedor Seleccionado (PND) de Beech Street. Lea cuidadosamente la información de Descripción de Beneficios para entender como funciona el programa.

A la vez que estos planes le permiten utilizar cualquier doctor u hospital, el buscar atención médica a través de los proveedores contratados por Beech Street puede reducir sus costos. Para encontrar los proveedores médicos de Beech Street cerca de Ud., llame al 800-877-1666 o conéctese a www.beechstreet.com.

Por favor lea cuidadosamente su folleto. Si tiene alguna pregunta, por favor llame al administrador del plan, Myers-Stevens & Toohey & Co., Inc. al (800) 827-4695 o (949) 348-0656. Hay representantes bilingües disponibles para los padres que necesiten ayuda en español.

Con el fin de documentar que Ud. ha sido notificado tocante a este asunto, por favor firme y llene la parte inferior de este formulario y envíelo inmediatamente de regreso a la escuela con su hijo(a).

Atentamente,

Kina Matóon
Walnut Valley Unified School District

Como padre(madre)/Tutor(a) de _____, Entiendo que el Distrito Escolar no ofrece seguro médico para lesiones de estudiantes pero tiene disponible seguro voluntario para estudiantes. He recibido la información de este programa.

Incribiré a mi hijo(a) en el programa No inscribiré a mi hijo(a) en el programa

Firmado _____ Fecha _____