

UNITED CONCORDIA

Insuring America's Dental Health

Presente la reclamación a: Dental Claims
P.O. Box 69421
Harrisburg, PA 17106-9421

Marque una opción

- Cálculo del tratamiento previo del dentista
 Declaración del dentista por los servicios reales

SECCION DEL PACIENTE	1. Nombre del paciente		2. Parentesco con el empleado el empleado cónyuge hijo otro			3. Sexo m f		4. Fecha de nacimiento del paciente mes día año			5. Si es estudiante de tiempo completo institución educativa ciudad	
	6. Nombre del empleado/suscriptor Nombre Segundo nombre Apellido					9. N.º de ID del contrato						
	8. Dirección postal del empleado/suscriptor Ciudad, Estado, Código postal					10. Nombre y dirección del empleador (compañía)						
	11. Número del grupo		12. Ubicación (local)		13. ¿Tienen empleo otros integrantes de la familia? Nombre del empleado N.º de ID del contrato			14. Nombre y dirección del empleador del punto 13				
SECCION DEL DENTISTA	15. ¿El paciente está cubierto por otro plan dental? Nombre del plan dental Sindicato local N.º del grupo					Nombre y dirección de la aseguradora						
	He revisado el siguiente plan de tratamiento. Autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con esta reclamación. Comprendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental.					Por el presente, autorizo el pago directo al dentista mencionado a continuación de los beneficios del seguro grupal que, de otro modo, me serán pagaderos.						
	Firma (paciente o padre/madre si es menor) Fecha					Firma (asegurado) Fecha						
	El firmante acuerda que toda información sobre salud personalmente identificable acerca del firmante o de los dependientes inscritos del firmante esté protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 y otras leyes de privacidad. Conforme a estas leyes, United Concordia puede utilizar y divulgar la Información Protegida sobre Salud acerca del tratamiento, el pago y las operaciones de atención médica, según lo descrito en su Declaración de Prácticas de Privacidad.											
16. Nombre del dentista					24. ¿El tratamiento es una consecuencia de enfermedades o lesiones laborales?		No	Sí	Si la respuesta es sí, indique fechas y una breve descripción			
17. Dirección postal Ciudad, Estado, Código postal					25. ¿El tratamiento es una consecuencia de un accidente automovilístico?							
					26. ¿Otro accidente?							
					27. ¿Tiene algún servicio cubierto por otro plan?							
18. N.º de seg. soc. o T.I.N. del dentista			19. N.º de licencia del dentista		20. N.º de teléfono del dentista		28. Si tiene prótesis, ¿es la colocación inicial?		(Si la respuesta es no, indique motivo del reemplazo)		29. Fecha de la colocación anterior	
21. Fecha de la primera visita de la serie actual		22. Lugar de tratamiento Consultorio Hosp. ECF Otro		23. ¿Se adjuntan radiografías o modelos?		No	Sí	¿Cantidad?		30. ¿El tratamiento es para ortodoncia?		
										Si los servicios ya comenzaron, indique Fecha de colocación de aparatos Meses restantes de tratamiento		
Identifique con una "X" las piezas dentarias faltantes		31. Lista de planes de tratamiento y exámenes en orden, desde la pieza dentaria n.º 1 hasta la pieza dentaria n.º 32. Utilice el sistema de notación que se muestra.							Utilice el sistema de notación que se muestra		SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO	
		N.º O LETRA DE LA PIEZA DENTARIA	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS (INCLUIDAS RADIOGRAFIAS, PROFILAXIS, MATERIALES UTILIZADOS, ETC.) N.º DE LÍNEA				FECHA EN QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO MES DÍA AÑO		CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO		
Por el presente, certifico que los procedimientos ordenados por fecha han finalizado y que las tarifas presentadas son las tarifas reales que he cobrado y pretendo percibir por dichos procedimientos.										TARIFA TOTAL COBRADA		
Firma (Dentista) _____					Fecha _____							

Toda persona que presente, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa, o que oculte con fines de engaño información concerniente a cualquier hecho material respecto de aquellas, comete un acto de aseguramiento fraudulento, lo que constituye un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones civiles y penales.

AZ: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que en este formulario conste la siguiente declaración. Toda persona que presente, con conocimiento de causa, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida quedará sujeta a sanciones civiles y penales.