UNITED CONCORDIA

Insuring America's Dental Health

Marque una opción

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

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

SECCIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del paciente
2. Parentesco con el empleado: el empleado mismo | 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.° 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.° de ID del contrato
14. Nombre y dirección del empleador del punto 13
15. ¿El paciente está cubierto por otro plan dental? | Nombre del plan dental | Sindicato local | N.° 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.

Firma (paciente o padre/madre si es menor) Fecha

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 (asegurado) Fecha

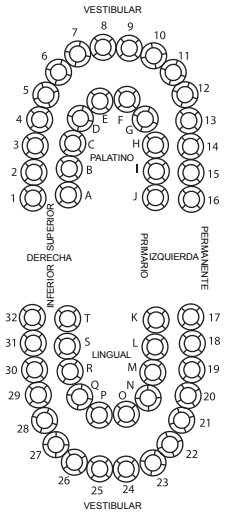
El firmante acuerda que toda información sobre salud personalmente identificable acerca del firmante o de los dependientes inscritos del firmante esté protegida por la Ley de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro Médico (Health Insurance Portability and Accountability Act) de 1996 y otras leyes de 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.

SECCIÓN DEL DENTISTA

16. Nombre del dentista
17. Dirección postal
Ciudad, Estado, Código postal
18. N.° de seg. soc. o T.I.N. del dentista
19. N.° de licencia del dentista
20. N.° de teléfono del dentista
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?

	No	Sí	Si la respuesta es sí, indique fechas y una breve descripción
24. ¿El tratamiento es una consecuencia de enfermedades o lesiones laborales?			
25. ¿El tratamiento es una consecuencia de un accidente automovilístico?			
26. ¿Otro accidente?			
27. ¿Tiene algún servicio cubierto por otro plan?			
28. Si tiene prótesis, ¿es la colocación inicial?			**(Si la respuesta es no, indique motivo del reemplazo)** **29. Fecha de la colocación anterior**
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.° 1 hasta la pieza dentaria n.° 32. Utilice el sistema de notación que se muestra.

Utilice el sistema de notación que se muestra

N.° O LETRA DE LA PIEZA DENTARIA	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS (INCLUIDAS RADIOGRAFÍAS, PROFILAXIS, MATERIALES UTILIZADOS, ETC.) N.° DE LÍNEA	FECHA EN QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO MES	DÍA	AÑO	CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO	TARIFA	SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO

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.

Firma (Dentista)_____ Fecha _____

TARIFA TOTAL COBRADA

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.