

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						
	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. 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.													
SECCION DEL DENTISTA	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)		
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 LINEA				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, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente 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 contratación de seguro fraudulento, lo que constituye un delito, y dicha persona quedará sujeta a sanciones civiles y penales.

- CA:** Para su protección, las leyes de California exigen que en el formulario conste lo siguiente: Toda persona que presente, con conocimiento de causa, una reclamación falsa para el pago de una pérdida es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas e, incluso, con la privación de la libertad en una prisión estatal.
- DC y RI:** Toda persona que presente, con conocimiento de causa, una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que presente, con conocimiento de causa, información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas e, incluso, con la privación de la libertad.
- FL:** Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de dañar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa, es culpable de un delito grave de tercer grado.
- IN y OK:** ADVERTENCIA: Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, realice una reclamación por los beneficios de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- KY:** Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación que contenga cualquier información materialmente falsa u oculte información concerniente a cualquier hecho material respecto de aquella, con fines de engaño, comete un acto de contratación de seguro fraudulento y esto se considera delito.
- LA:** Toda persona que, con conocimiento de causa presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio, o que presente, con conocimiento de causa, información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede ser sancionada con multas e, incluso, con la privación de la libertad.
- NJ:** Toda persona que presente, con conocimiento de causa, una declaración de reclamación que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones civiles y penales.
- NY:** Toda persona que, con conocimiento de causa y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente 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 contratación de seguro fraudulento, lo que constituye un delito, y quedará sujeta a una sanción civil que no excederá de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación para cada una de tales violaciones.
- VA:** Toda persona que, con la intención de defraudar o con conocimiento de causa de que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una declaración falsa o engañosa puede haber infringido las leyes del estado.
- TN y WA:** Se considera delito proporcionar, con conocimiento de causa, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros, con la intención de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen privación de la libertad, multas y denegación de los beneficios del seguro.

La discriminación es contra la ley

El Plan cumple con las leyes de derechos civiles federales aplicables y no discrimina basándose en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género. El Plan no excluye a las personas ni las trata diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo asignado en el momento del nacimiento, identidad de género o género registrado. Además, el Plan no rechazará ni limitará la cobertura a ningún servicio de salud con base en el hecho que el sexo de una persona asignado en el momento del nacimiento, identidad de género o género registrado es diferente para el que dicho servicio de salud está disponible normalmente. El Plan no rechazará ni limitará la cobertura para un servicio médico específico relacionado con la transición de género si dicho rechazo o limitación da lugar a una discriminación contra una persona transgénero.

El Plan:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a las personas con discapacidades para comunicarse de manera efectiva con nosotros, tales como:
 - Intérpretes calificados de lenguaje por señas
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios gratuitos de idiomas a las personas cuyo idioma principal no es el inglés, tales como:
 - Intérpretes calificados
 - Información escrita en otros idiomas

Si usted necesita estos servicios, comuníquese con el Coordinador de derechos civiles.

Si usted considera que el Plan no le ha provisto estos servicios o que se le ha discriminado de otra manera basado en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, incluyendo estereotipos sexuales e identidad de género, usted puede presentar una queja a: Coordinador de derechos civiles, P.O. Box 22492, Pittsburgh, PA 15222, Teléfono: 1-866-286-8295, TTY: 711, Fax: 412-544-2475, correo electrónico: CivilRightsCoordinator@highmark.com. Puede presentar una queja en persona o por correo postal, fax o correo electrónico. Si usted necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de derechos civiles está disponible para ayudarle. Usted puede presentar una queja por los derechos civiles con el Departamento de Salud y Servicios Humanos, por medio del Portal de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, por correo postal o teléfono en:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Los formularios para quejas están disponibles en <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.