

UNITED CONCORDIA® DENTAL

Instrucciones para completar el formulario de Reclamos dentales

1. Es necesario completar este formulario solo si visita a un **dentista que no pertenece a la red**. Los dentistas de la red completarán y presentarán todo el papeleo que usted necesita.
2. Escriba con letra de molde clara o a máquina toda la información requerida.
3. **Sección del paciente:** el suscriptor o cónyuge deben completar la Sección del paciente en el formulario (Numerales 1 a 15) para garantizar la identificación positiva y pago inmediato.
4. **Consentimiento del paciente:** la declaración de consentimiento del paciente se encuentra debajo del Numeral 15 del formulario. Si el paciente es menor de edad, uno de los padres debe firmar la declaración. Otros representantes autorizados incluyen a la persona encargada del cuidado, tutor legal u otra persona apropiada de acuerdo con la ley y las circunstancias del caso.

Al firmar la declaración, el paciente (o padre u otro representante autorizado), otorga su consentimiento para utilizar y divulgar información sobre los servicios proporcionados por el dentista o profesional de atención médica con propósitos de tratamiento, pago u operación de atención médica, incluyendo la presentación de un reclamo de beneficios dentales a un proveedor o administrador de beneficios dentales.

5. **Asignación de beneficios:** la declaración de Asignación de beneficios se encuentra a la derecha de la Declaración de consentimiento del paciente en el formulario de reclamos. Si desea que United Concordia realice el pago directamente al dentista, firme y coloque la fecha en esta declaración. Si desea que los beneficios se le paguen directamente a usted, no firme la declaración.
6. **Sección del dentista:** su dentista debe completar los Numerales 16 a 31 del formulario de reclamos; luego firmar y colocar la fecha en el formulario. Si su dentista no está de acuerdo con completar la Sección del dentista, solo es necesario que usted complete los siguientes numerales del formulario de reclamos y que *adjunte una copia de la factura* que recibió del dentista. Esta información servirá como prueba de que este dentista le atendió y le brindó servicios:

Numeral 16: Nombre del dentista

Numeral 17: Dirección de correo del dentista

Numeral 20: Número de teléfono del consultorio del dentista

Envíe por correo su Formulario de reclamos completo a:

**Dental Claims
P.O. Box 69421
Harrisburg, PA 17106-9421**