

### **Important Disclosure**

The translation of the form number identified as 5574 (R6-11) has not been approved by the Kentucky Department of Insurance. The English version of form number 5574 (R6-11), identified as form number 5574 (R6-11), controls in any dispute, complaint or litigation.

La traducción del formulario con el número identificado como 5574 (R6-11) no ha sido aprobada por el Departamento de Seguros de Kentucky (Kentucky Department of Insurance). La versión en inglés del formulario con el número 5574 (R6-11), identificado como formulario número 5574 (R6-11), regirá para cualquier disputa, queja o litigio.

# 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

<b>SECCION DEL PACIENTE</b>	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.															
<b>SECCION DEL DENTISTA</b>	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 LINEA			FECHA EN QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO MES DÍA AÑO		CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO		TARIFA		
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.



P-20110705-04

July 8, 2011

**CERTIFICATE OF ACCURACY**

The undersigned certify that HolaDoctor has provided to the best of its knowledge, ability and belief, a true, accurate and complete translation into Spanish of the following documents presented in English and requested by **United Concordia**. The following document was translated by professional translators who are fully trained in the area of expertise and fully bilingual in both English and Spanish.

Document Name: 5574 (R6-11) UC Clm.pdf

Authorized Signature:

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Celina González", written over a horizontal line.

Celina González  
Quality Assurance Director  
HolaDoctor  
(Formerly DrTango, Inc.)