



Formulario de reclamo dental

Envíe los reclamos por correo a: PAI, P.O. Box 6702, Columbia, SC 29260-6702

Complete todo el formulario.

Empleador/nombre del plan: _____

Proveedor dental: _____ Persona cubierta: _____

Complete la Parte 1, firme la autorización y entréguela al dentista.

Parte 1: La debe completar el empleado

Nombre del paciente: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

SSN del paciente: _____ Fecha de nacimiento del paciente: _____ Sexo Hombre Mujer

Estudiante de tiempo completo: Sí No Relación del paciente con el empleado: Empleado Esposa/o Hija

Nombre del empleado: _____ SSN del empleado: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Dirección: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

¿El paciente tiene la cobertura de otro plan dental? Sí No

Nombre del plan dental: _____ Nombre y número del grupo: _____

Nombre y dirección del administrador de reclamos: _____

Acepto la declaración del dentista que me atiende y lo autorizo a divulgar la información relacionada a este caso. Certifico que es verdadera toda la información personal que aparece arriba. Estoy de acuerdo en responsabilizarme por el pago de servicios provistos en períodos en que no haya elegibilidad.

Firma (paciente o padre del menor): _____ Fecha: _____

Autorizo que se pague directamente al dentista que se indica abajo los beneficios que se me pagarían a mí.

Firma (empleado): _____ Fecha: _____

Autorización

Instrucciones: La persona asegurada debe completar y firmar la autorización. Si la persona asegurada no puede firmar, la autorización la debe completar y firmar el guardián legal o el familiar más cercano.

Comprendo que la información obtenida sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y beneficios reclamados bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías reaseguradoras, a la Oficina de Información Médica y a las personas u organizaciones que presten servicios comerciales o legales relacionados a mi reclamo y a quienes lo requieran las leyes. Esta información no será divulgada, vendida, transferida ni comunicada sin mi consentimiento a personas que no se hayan especificado en este formulario.

Entiendo que esta autorización se puede revocar enviando una nota por escrito a Planned Administrators, Inc., pero esta revocación no se aplicará a la información ya divulgada. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté pendiente pero no excederá un período de dos años a partir de la fecha que está abajo. Sé que puedo solicitar una copia de esta autorización. Estoy de acuerdo en que una copia fotostática de esta autorización será tan válida como el original.

Firma del empleado: _____
Fecha Relación con el asegurado si firma alguien que no es el asegurado

(Si quien firma no es el asegurado, escriba con letra de imprenta su nombre y dirección e incluya documentos que muestren que es el guardián legal o evidencias de que lo representa legalmente.)

Nombre del guardián legal

Dirección

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Essential StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

Parte 2: El dentista completa este formulario o anexa el formulario dental de ADA completado

Nombre: _____ Número de licencia: _____
Apellido Nombre Segundo nombre

Número de Seguro Social o ID de impuestos: _____ Teléfono: _____

Dirección de contacto: _____
Calle Ciudad Estado Código postal

- ¿El tratamiento es resultado de una enfermedad o lesión del trabajo? Sí No (Si contesta "Sí", dé una descripción breve.)

- ¿El tratamiento es resultado de un accidente de auto? Sí No (Si contesta "Sí", dé una descripción breve.)

- ¿Alguno de los servicios es cubierto por otro plan? Sí No (Si contesta "Sí", dé una descripción breve.)

- Si es una prótesis, ¿es la colocación inicial? Sí No (Si contesta "No", escriba la razón del reemplazo y fecha de la colocación anterior.)

- Fecha de 1a. visita de esta serie: _____ • Lugar del tratamiento: Consultorio
 Centro de atención extendida Hospital Otro lugar: _____
- ¿Se anexaron las radiografías o modelos? Sí ¿Cuántas? _____ No
- Se requiere una cotización antes del tratamiento si se espera que sea mayor al límite especificado en el paquete de beneficios y en la tarjeta de identificación:
(Marque uno) Cotización del dentista antes del tratamiento Cobro del dentista por servicios prestados

Examen y plan del tratamiento

Indíquelos en orden, de Diente #1 a #32. Use el diagrama que está abajo.

Ponga una "X" a las piezas que faltan	# o Letra del diente	Superficie	Descripción del servicio (Incluyendo rayos X, materiales de profilaxis, etc.)	Fecha del servicio (Mes/Día/Año)	Código del procedimiento de ADA	Cargos
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Total: _____						
Comentarios sobre servicios poco comunes: _____						

Certifico que los servicios indicados arriba se realizaron en el paciente nombrado, en las fechas indicadas y que los cargos mencionados son los que actualmente se le cobran a la mayoría de los pacientes.

Firma (dentista): _____ Fecha: _____

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Essential StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.

Advertencias sobre fraudes

Alabama: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a restituir lo que recibió, a multas y a cárcel, o a una combinación de estas penas.

Alaska: LAS LEYES DE ALASKA REQUIEREN QUE LE INFORMEMOS LO SIGUIENTE: Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa podría ser enjuiciada bajo las leyes estatales.

Arizona: Para protegerle a usted, las leyes de **Arizona** requieren que la declaración siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeta a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

California: Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente esté en este formulario. Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a encarcelamiento en una prisión estatal.

Colorado: Es un acto ilegal dar información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a una aseguradora con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas, negación de seguro y daños civiles. Las aseguradoras y los agentes de aseguradoras que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de defraudar o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a "Division of Insurance" del "Department of Regulatory Agencies" de Colorado.

Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave.

Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Es un delito dar información falsa o engañosa a una aseguradora con el propósito de defraudar a la aseguradora o a otra persona. Entre las penalidades se incluyen cárcel y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa para el reclamo.

Florida: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga un reclamo con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito grave en tercer grado.

Kansas: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, la calificación de una política de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información sobre los hechos materiales, podría haber defraudado una aseguradora.

Kentucky: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga un reclamo con información falsa o, que con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude a una aseguradora, lo cual es un delito.

Maine: Es un delito dar información falsa, incompleta o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Entre las penalidades se incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

Minnesota: Las personas que hagan un reclamo con la intención de cometer un fraude o que ayuden a defraudar a una aseguradora serán culpables de un delito.

New Hampshire: Toda persona que, con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, haga una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por defraudar a una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

New Jersey: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo con información falsa o engañosa quedará sujeta a penas civiles y criminales.

New Mexico: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas civiles y penalidades criminales.

New York: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo con información falsa o, con el propósito de engañar, oculte información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra la aseguradora, lo cual es un delito y quedará sujeta a penas civiles que no serán mayores a cinco mil dólares y al valor declarado del reclamo por cada una de estas violaciones.

Oregon: Toda persona que, con la deliberada intención de defraudar o consciente de que está contribuyendo a defraudar a una aseguradora, haga una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa, podría ser culpable de fraude contra la aseguradora.

Pennsylvania: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, haga una solicitud de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa o, con el propósito de engañar oculte información sobre los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora, lo cual es un delito y queda sujeta a cargos civiles o criminales.

Puerto Rico: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar, incluya información falsa en un archivo o solicitud de seguro, ayude o encubra en la presentación de un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito y, si lo encuentran culpable, será castigado por cada delito con una multa mayor a cinco mil dólares (\$5,000), sin sobrepasar diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelado por un período fijo de tres (3) años, o ambas penalidades. Si hay circunstancias agravantes, el período fijo de cárcel podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, la cárcel podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Tennessee, Virginia y Washington: Es un delito dar información falsa, incompleta, o engañosa deliberadamente a una aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las penalidades incluyen cárcel, multas y negación de los beneficios del seguro.

Otros estados no mencionados: Toda persona que deliberadamente haga un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio, o que deliberadamente ponga información falsa en una solicitud de seguro será culpable de un delito y podría estar sujeta a multas y a cárcel.

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Essential StaffCARE, 1-866-798-0803, de lunes a viernes, de 8:30 a.m. a 8:00 p.m. tiempo del Este. Hay una línea telefónica en que lo pueden ayudar con traducción a la mayoría de los idiomas.