



Formulario de reclamo dental

Envíe los reclamos por correo a: PAI, PO Box 6702, Columbia, SC 29260

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 periodos 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 divulgada sólo la usará Planned Administrators, Inc. para determinar la elegibilidad para el seguro y los beneficios que se reclamen bajo esta póliza. Doy mi permiso para que esta información se divulgue a las compañías relacionadas al seguro, al Buró 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 que ya se haya divulgado. Si no se revoca, esta autorización será válida mientras el reclamo esté en proceso pero no excederá un período de dos años a partir de la fecha que aparece 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 firma alguien que no es el asegurado, escriba con letra de molde su nombre y dirección e incluya los documentos que avalan que es el guardián legal o las evidencias de que lo representa legalmente.)

Nombre del guardián legal

Dirección

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical 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 ésta la colocación inicial? Sí No (Si contesta "No", dé la razón del reemplazo y la fecha de la colocación anterior.)

- Fecha de la 1a. visita de esta serie: _____ • Lugar del tratamiento: Consultorio ECF Hospital Otro: _____
- ¿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 Medical 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 presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente 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 encarcelamiento, 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 lesionar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente 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 presente un reclamo falso o **fraudulento** para que le paguen una pérdida quedará sujeta a penalidades civiles y criminales. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento, multas, negaciones de **seguro** y daños civiles.

California: Para protegerle a usted, las leyes de California requieren que lo siguiente aparezca en este formulario. Toda persona que deliberadamente presente 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 encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños civiles. Las compañías de seguros y los agentes de compañías de seguros que den información o datos falsos, incompletos o engañosos deliberadamente a los asegurados o a quienes presentan reclamos con el propósito de cometer fraude o de intentar defraudarlos en relación con el pago de una conciliación o de una recompensa otorgada por la aseguradora, se deben reportar a la "Division of Insurance" del departamento "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 las aseguradoras, presente 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 cometer fraude contra la aseguradora o contra cualquier otra persona. Entre las penalidades se incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, las aseguradoras podrían negarle los beneficios del seguro, si el solicitante da información falsa relacionada al reclamo.

Florida: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las aseguradoras, presente declaración de reclamo que tenga 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, presente una declaración por escrito como parte de una solicitud de seguro, una calificación de una póliza de seguro o una declaración de reclamo, con información falsa u oculte, con el propósito de engañar, información relacionada a los hechos materiales, comete un acto de fraude contra una aseguradora.

Kentucky: Toda persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a una aseguradora o a otra persona, presente un reclamo con información falsa o, 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 encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

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

New Hampshire: Toda persona que, con la intención de lesionar, defraudar o engañar a las compañías de seguros, presente una declaración de reclamo con información falsa, incompleta o engañosa estará sujeta a cargos y castigos por cometer fraude contra una aseguradora, según se indica en la sección RSA 638:20.

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

New Mexico: Toda persona que deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para que le paguen una pérdida o un beneficio o que deliberadamente presente 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, deliberadamente, con la intención de cometer fraude o de contribuir a defraudar a una aseguradora, presente una solicitud o un reclamo con información falsa o engañosa será culpable de fraude contra la aseguradora.

Pennsylvania: 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 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 rebasar 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 encarcelamiento podría subir a un máximo de cinco (5) años; y si hay circunstancias mitigantes, el encarcelamiento 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 encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

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

¿Preguntas? Llame a la Línea de servicio al cliente de Medical 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.