

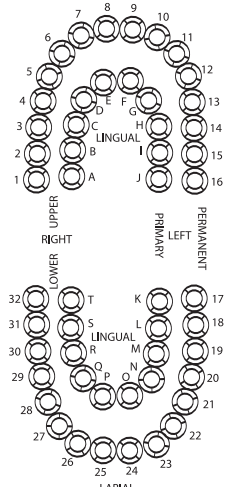
# UNITED CONCORDIA

Insuring America's Dental Health

Seleccione una opción

- Tasa del pre-tratamiento del dentista  
 Declaración del dentista por servicios reales

**Por favor someta el reclamo a:** Dental Claims  
 P.O. Box 69421  
 Harrisburg, PA 17106-9421

SECCION DEL PACIENTE	1. Nombre del paciente		2. Relación con el empleado Si mismo   esposo(a)   hijo(a)   otra			3. Sexo m   f		4. Fecha de nacimiento del paciente mes   día   año		5. Si es estudiante de tiempo completo Escuela   Ciudad							
	6. Nombre del empleado/subcriptor Nombre   apellido					9. Número de Identificación											
	8. Dirección del empleado/subcriptor  Ciudad, Estado, Código Postal					10. Nombre de la empresa(compañía) y dirección											
	11. Número de Grupo		12. Lugar		13. ¿ Los otros miembros de la familia están empleados? Nombre del empleado   Número de Identificación		14. Nombre y dirección de la empresa en número 13										
15. ¿ El paciente esta cubierto por otro plan dental?		Nombre del plan dental		Unión local		Número de Grupo		Nombre y dirección de la aseguradora									
He revisado el siguiente plan de tratamiento. Autorizo la revelación de cualquier información relacionada con éste reclamo. Acepto ser responsable de todos los gastos por el tratamiento dental.						Autorizo el pago de los beneficios dentales pagables directamente al dentista cuyo nombre aparece abajo, de otro modo el pago debe ser enviado a mí.											
Firma (paciente o padre en caso de menor de edad)   Fecha						Firma (Persona Asegurada)   Fecha											
El firmante acepta que cualquier información de salud personalmente identificable acerca del firmante o de los dependientes inscritos es protegida por el Acta de 1996 de Responsabilidad y Portabilidad del Seguro de Salud y otras leyes de privacidad. De acuerdo con esas leyes, United Concordia puede usar y revelar Información Protegida de Salud para tratamiento, pago y operaciones del cuidado de salud como esta descrito en su Notificación de Prácticas de Privacidad.																	
SECCION DEL DENTISTA	16. Nombre del dentista					24. ¿ Es el tratamiento resultado de una lesión o accidente ocupacional?		No		Sí		si sí, de una breve descripción y fechas					
	17. Dirección  Ciudad, estado, código postal					25. ¿ Es el tratamiento resultado de un accidente automovilístico?											
	18. Número del seguro social del dentista o T.I.N.					19. Número de licencia del dentista		20. Número de teléfono del dentista		28. Si prótesis ¿ es colocación inicial?		(si no, razón de reemplazo)		29. Fecha de colocacion previa			
	21. Fecha de la primera visita de las series actuales		22. Lugar del tratamiento Oficina   Hosp.   ECF   Otro		23. ¿ Radiografías o modelos incluidos?		No		Sí		Cuantos		30. ¿ El tratamiento es para ortodoncia?  si los servicios ya comenzaron, incluya Fecha de colocación de los aparatos   Meses que quedan del tratamiento				
Identifique el diente perdido con una "X" LABIAL					31. Plan de examen y tratamiento-haga una lista en orden desde el diente no. 1 hasta el diente no. 32-Use la gráfica adjunta.							SOLO PARA USO ADMINISTRATIVO					
					DIENTE # o LETRA		SUPERFICIE		DESCRIPCION DE SERVICIOS (INCLUYENDO RAYOS-X, PROFILAXIS, MATERIAL USADO, ETC.) LINEA NO.					FECHA DEL SERVICIO MES   DIA   AÑO		NUMERO DE PROCEDIMIENTO	
Certifico que los procedimientos indicados por fecha han sido completados y los honorarios descritos son los que he cobrado y pretendo recaudar por esos procedimientos.								CARGO TOTAL DE HONORARIOS									
Firma (Dentista) _____								Fecha _____									

Cualquier persona que sabiendo y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona somete una solicitud para seguros o reclamo conteniendo cualquier información materialmente falsa o oculta, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho relevante al reclamo o solicitud, comete un acto fraudulento de seguros lo cual es un crimen y expone a tal persona a sanciones civiles y criminales.

- CA:** Para su protección la ley de California requiere que lo siguiente aparezca en el formulario: Cualquier persona que sabiendo presenta un reclamo falso para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y prisión.
- FL:** Cualquier persona que sabiendo, y con intención de agravar, defraudar, o engañar a cualquier compañía de seguros somete un reclamo o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito de tercer grado.
- NJ:** Cualquier persona que sabiendo somete un reclamo con información falsa o engañosa esta sujeta a sanciones civiles y criminales.
- NY:** Cualquier persona que sabiendo y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona somete una solicitud de seguros o reclamo conteniendo cualquier información materialmente falsa o oculta, con el propósito de engañar, información concerniente a cualquier hecho relevante al reclamo o solicitud, comete un acto fraudulento de seguros lo cual es un crimen, y también estará sujeta a una sanción civil sin exceder cinco mil dólares y el valor declarado en el reclamo por cada tal violación.
- LA:** Cualquier persona que sabiendo presenta un reclamo falso o fraudulento para pago de una pérdida o beneficios o sabiendo presenta información falsa en una solicitud de seguros es culpable de un crimen y puede estar sujeta a multas y prisión.
- IN & OK:** ADVERTENCIA: Cualquier persona que sabiendo, y con intención de agravar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, somete algún reclamo para obtener ingresos de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa es culpable de crimen.
- VA:** Cualquier persona que con intención de defraudar o sabiendo que él esta facilitando un fraude en contra de un seguro, somete una solicitud o somete un reclamo conteniendo una declaración falsa o engañosa puede haber violado la ley del estado.
- TN & WA:** Es un crimen proporcionar con conocimiento información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar la compañía. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la negacion de los beneficios de seguro.