



# Beneficios dentales: Instrucciones de reclamo

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

**Atención residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Luisiana, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión. **Atención residentes de California: Para su protección, la ley de California exige que este formulario contenga el siguiente aviso:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión estatal. **Atención residentes de Colorado:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información o hechos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla o intentar defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación de seguro y daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante con respecto a una concesión o un acuerdo pagadero con las recaudaciones del seguro, será denunciado a la división de seguros de Colorado, dentro del departamento de agencias reguladoras. **Atención residentes de Florida:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado. **Atención residentes de Kansas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención residentes de Kentucky:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Maine y Tennessee:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro. **Atención residentes de Maryland:** Toda persona que, a sabiendas y de manera deliberada, presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida o beneficio, o que, a sabiendas y de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en una prisión. **Atención residentes de Nueva Jersey:** Toda persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contenga información falsa o engañosa está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito y está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones. **Atención residentes de Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Ohio:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, es culpable de fraude de seguro. **Atención residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presente un reclamo por las recaudaciones de una póliza de seguro que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave. **Atención residentes de Oregón:** Toda persona que, con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede haber violado la ley del estado. **Atención residentes de Pensilvania:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Puerto Rico:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o aliente a presentar un reclamo fraudulento para obtener un pago por una pérdida u otro beneficio, o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave y, si es declarada culpable, será castigada por cada violación con una multa no inferior a cinco mil dólares (\$5,000) y no superior a diez mil dólares (\$10,000); o será encarcelada por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de encarcelamiento puede ser aumentado a un máximo de cinco (5) años, y si existen circunstancias atenuantes, el periodo de encarcelamiento puede ser reducido a un mínimo de dos (2) años. **Atención residentes de Texas:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga cualquier distorsión intencional de un hecho esencial o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, puede cometer un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Vermont:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual puede constituir un delito; consecuentemente, dicha persona puede estar sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Virginia:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agravar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información esencialmente falsa o que oculte, con el propósito de engañar, información relacionada con hechos esenciales de dicho reclamo, comete un acto fraudulento, lo cual constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles. **Atención residentes de Washington:** Es ilegal proporcionar, a sabiendas, información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y negación de los beneficios del seguro.

**NOTA: LOS FORMULARIOS DE RECLAMO INCOMPLETOS LE SERÁN DEVUELTOS PARA QUE LLENE LA INFORMACIÓN FALTANTE. ESTO DEMORARÁ EL PROCESAMIENTO DEL RECLAMO. PARA UNA PRESENTACIÓN DE RECLAMOS MÁS RÁPIDA Y FÁCIL, EL PROVEEDOR PUEDE COMUNICARSE CON EL CENTRO DE PROCESAMIENTO DE RECLAMOS DE AETNA PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE LA PRESENTACIÓN ELECTRÓNICA DE RECLAMOS.**

## PARA EL EMPLEADO:

1. Complete los puntos 1 a 22.
  2. Complete los puntos 23 a 27 sólo si tiene otra cobertura médica.
  3. Asegúrese de firmar la autorización de divulgar información en el bloque 28.
  4. Si desea que los beneficios de éste reclamo se le paguen directamente a su dentista, firme el bloque 29.  
Si se espera que los cargos totales para el curso de tratamiento planeado superen el monto en dólares mínimo de la predeterminación indicados en su folleto del plan dental, se sugiere solicitar beneficios de predeterminación. Aetna Dental notificará a su dentista de los beneficios pagaderos.
- NOTA: SU COBERTURA DENTAL ESTÁ SUJETA A LIMITACIONES Y EXCLUSIONES ESPECÍFICAS. POR FAVOR REMÍTASE A SU FOLLETO DENTAL PARA OBTENER UNA DESCRIPCIÓN DE LOS GASTOS CUBIERTOS, INFORMACIÓN SOBRE SUS DEDUCIBLES Y COPAGOS, Y SOBRE LAS LIMITACIONES Y EXCLUSIONES.**

## PARA EL DENTISTA

1. **SERVICIOS COMPLETADOS:** Marque la casilla "DECLARACIÓN DE SERVICIOS PROVISTOS" y complete los bloques 30 a 48. Cuando incluya un plan de tratamiento en el formulario, indique una tarifa separada por cada servicio individual provisto.
  2. **BENEFICIOS DE PREDETERMINACIÓN:** Si un cargo total por este reclamo supera el monto en dólares mínimo de la predeterminación indicado en el folleto del plan dental del empleado (y el tratamiento no es de emergencia), se sugiere la predeterminación de beneficios. Marque la casilla "ESTIMADO PREVIO AL TRATAMIENTO" y complete los bloques 30 a 48.
- NOTA: LA PREDETERMINACIÓN DE BENEFICIOS SOLO CUMPLE EL PROPÓSITO DE EVITAR MALTENTENDIDOS RELATIVOS A LOS BENEFICIOS PAGADEROS ENTRE EL EMPLEADO, EL DENTISTA Y LA COMPAÑÍA DE SEGUROS. USTED Y SU PACIENTE TIENEN, POR SUPUESTO, LA LIBERTAD DE SEGUIR CUALQUIER TRATAMIENTO DEL PLAN QUE CONSIDEREN MÁS CONVENIENTE.**
3. Si el empleado indica que los beneficios deben pagarse directamente al dentista, los beneficios le serán enviados directamente a usted con una copia informativa de las transacciones del empleado.

**Las radiografías tomadas para restauraciones de metal y coronas deben presentarse con el plan de tratamiento. También pueden ser solicitadas para otros servicios. Las radiografías serán revisadas por dentistas en ejercicio y devueltas oportunamente.**

## PARA EL EMPLEADO Y EL DENTISTA

Envíe por correo la solicitud de beneficios completada y las facturas a:

**Aetna Dental  
PO Box 14094  
Lexington, KY 40512-4094**



# Solicitud de beneficios dentales

Envíe por correo a: Aetna Dental  
PO Box 14094  
Lexington, KY 40512-4094

## DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 1. Nombre del empleador   |   | 2. Número de póliza/grupo   |   |
| 3. Número de identificación de Aetna del empleado   | 4. Nombre de empleado   |   | 5. Fecha de nacimiento de empleado (MM/DD/AAAA)   |
| 6. <input type="checkbox"/> Activo <input type="checkbox"/> Jubilado<br>Fecha de jubilación   | 7. Dirección de empleado (incluir código postal) <input type="checkbox"/> Nueva dirección         |   | 8. Número de teléfono de empleado ( )   |
| 9. Nombre del paciente  | 10. Número de identificación de Aetna del paciente  | 11. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AAAA)   | 12. Parentesco del paciente con el empleado<br><input type="checkbox"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge<br><input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro |
| 13. Dirección del paciente (si es distinto del empleado)  | 14. Género del paciente<br><input type="checkbox"/> Hombre<br><input type="checkbox"/> Mujer      | 15. Alumno de tiempo completo<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  | 16. Fecha de graduación esperada del paciente   |
| 17. Nombre de la escuela y Ciudad   | 18. Estado civil del paciente<br><input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero | 19. ¿El paciente tiene empleo?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí   | 20. Nombre y dirección de empleador   |
| 21. ¿El reclamo está relacionado a un accidente?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si sí, fecha _____ hora _____ <input type="checkbox"/> a.m. <input type="checkbox"/> p.m.   |   | 22. ¿El reclamo está relacionado con el empleo?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |   |
| 23. Son cubiertos los gastos de los familiares por otro plan médico de grupo, plan de prepago de grupo (Blue Cross-Blue Shield, etc), seguros automovilísticos sin culpa, Medicare o cualquier plan del gobierno federal, estatal o local? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí  |   | 24. Si sí, indique la póliza o titular del contrato, póliza o números de contrato y nombre y dirección de la compañía o administrador de seguros: |   |
| 25. Número de identificación del miembro  | 26. Nombre del miembro  |   | 27. Fecha de nacimiento del miembro (MM/DD/AAAA)  |
| 28. A todos los proveedores dentales:<br>Se le autoriza proporcionar a Aetna Life Insurance Company o a una de sus compañías afiliadas ("Aetna"), y a cualquier administrador independiente de reclamos y profesionales médicos consultores, así como organizaciones de revisión de uso con los que Aetna tenga un contrato, información relativa al consejo, tratamiento o suministros dentales provistos al paciente. Esta información será usada para evaluar los reclamos de beneficios dentales. Aetna puede proporcionar al empleador nombrado arriba cualquier cálculo de beneficios usado para el pago de este reclamo con el fin de revisar la experiencia y operación de la póliza o contrato. Esta autorización es válida por el plazo de la póliza o contrato bajo el cual se ha presentado un reclamo. Sé que tengo el derecho de recibir una copia de esta autorización a solicitud y estoy de acuerdo con que una copia fotográfica de esta autorización tendrá la misma validez que el original.<br>Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____ |   |   |   |
| 29. Yo autorizo el pago de los beneficios dentales al dentista o proveedor de servicio.<br>Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____  |   |   |   |

## DEBE SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

|  |                     |  |  |
|--|---------------------|--|--|
| 30. Esta es una solicitud de:<br><input type="checkbox"/> Solicitud de estimado previo al tratamiento <input type="checkbox"/> Número de predeterminación/autorización previa <input type="checkbox"/> Declaración de servicios provistos                                  |                     |  |  |
| 31. Nombre y dirección del dentista (incluir código postal)  |                     | 32. Identificador de proveedor nacional  | 33. Número de licencia del dentista  |
|  |                     | 34. Número de teléfono ( )   |  |
| 35. Ingrese el número de identificación tributaria que se usará para fines de la declaración 1099. Por ley, usted debe proporcionar su número de identificación tributaria.  |                     |  |  |
| 36. Fecha de la primera visita Serie actual  |                     | 37. Lugar de tratamiento<br><input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital<br><input type="checkbox"/> ECF <input type="checkbox"/> Otro   | 38. ¿Están adjuntas las radiografías o modelos?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas? |
| ¿El tratamiento fue el resultado de:   |                     | No   | Sí   |
| 39. una enfermedad ocupacional o lesión?   |                     |  |  |
| 40. un accidente de automóvil?   |                     |  |  |
| 41. otro accidente?  |                     |  |  |
| 42. ¿Hay algún otro servicio cubierto por otro plan?   |                     |  |  |
| 43. En caso de prótesis, ¿es esta la primera colocación?   |                     | Si no, fecha de la colocación anterior y razón de la colocación  |  |
| 44. ¿El tratamiento es para ortodoncia?  |                     | Fecha de colocación del dispositivo: _____ Costo del dispositivo inicial: _____<br>No. de meses de tratamiento: _____ Tarifa mensual: _____<br>Meses de tratamiento restantes: _____ Costo total del caso: _____ |  |
| 45. Para acelerar la gestión del reclamo, identifique todos los dientes faltantes con una "X"  |                     | 46. Examen y plan de tratamiento. Lista en orden desde el diente no. 1 al diente no. 32. Use el sistema de registro gráfico mostrado.  |  |
|  | # de diente o letra | Si se extrajo anteriormente, en qué fecha  | Superficie   |
|  |                     |  | Descripción del servicio (radiografías, profilaxis, materiales usados, etc.)   |
|  |                     |  | Fecha de servicio provisto MM DD AAAA  |
|  |                     |  | Número de procedimiento  |
|  |                     |  | Tarifa   |
|  |                     |  |  |
| 47. Certifico que los procedimientos y fechas indicadas han sido completados y que las tarifas presentadas son las tarifas reales que le he cobrado a este paciente y que tengo la intención de aceptar por dichos procedimientos.<br>Firma del dentista _____ Fecha _____ |                     | 48. Identificación de proveedor nacional   | Cargo total \$ _____<br>Monto pagado \$ _____<br>Saldo por pagar \$ _____  |