



Beneficios dentales: Instrucciones de reclamo

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Arkansas, Louisiana y West Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de un siniestro o beneficio, o, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y encarcelamiento.

Atención residentes de California: toda persona que conscientemente presente un reclamo de pago falso o fraudulento por una pérdida es culpable de un delito y puede estar sujeto a multas y reclusión en una prisión estatal.

Atención residentes de Colorado: Proporcionar información falsa, incompleta o hechos o información engañosos a sabiendas a una compañía de seguros con el fin de defraudar o intentar defraudar a la compañía es un acto ilegal. Las sanciones correspondientes pueden incluir encarcelamiento, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o apoderado de una compañía de seguros que proporcione información falsa, incompleta o hechos o información engañosos al titular de una póliza o reclamante, a sabiendas, con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o reclamante en relación a un convenio o adjudicación de pago por los recaudos del seguro, será reportado a la División de Seguros de Colorado del departamento de agencias reguladoras.

Atención residentes de Florida: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar al asegurador presente una declaración de un reclamo o solicitud con información falsa, incompleta o engañosos, será culpable de un delito de tercer grado.

Atención residentes de Kansas: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un formulario de inscripción de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Maine y Tennessee: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de 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 sujeto a multas y reclusión en una prisión.

Atención residentes de New Jersey: Cualquier persona que incluya cualquier información falsa o engañosa en una solicitud de seguro o, a sabiendas, presente una declaración de reclamo que contiene información falsa o engañosa, quedará sujeta a sanciones penales o civiles.

Atención residentes de North Carolina: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Ohio y Pennsylvania: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier asegurador hace una declaración para recibir beneficios de una póliza de seguros con información falsa, incompleta o engañosa, será culpable de un delito mayor.

Atención residentes de Oregon: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá violado la ley del Estado.

Atención residentes de Puerto Rico: Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de perjudicar incluya información falsa en una solicitud de seguro o presente, ayude o induzca a presentar un reclamo fraudulento para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o presenta más de un reclamo por la misma pérdida o daño, estará cometiendo un delito mayor y si se le dictamina culpable será sancionada por cada violación con una multa de no menos de cinco mil dólares (\$5,000) y no más de diez mil dólares (\$10,000); o con encarcelamiento durante un período fijo de tres (3) años, o con ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de encarcelamiento puede aumentarse a un máximo de cinco (5) años; y si existen circunstancias mitigantes, el período de encarcelamiento podría reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Atención residentes de Vermont: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento de seguro, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Virginia: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene información materialmente falsa u oculta información, con el fin de engaño, relativa a cualquier hecho material del reclamo, habrá cometido un acto fraudulento, lo que es considerado un delito, y por lo tanto, dicha persona quedará sujeta a las sanciones penales o civiles correspondientes.

Atención residentes de Washington: La proporción de información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el fin de defraudar a la compañía es un delito. Las sanciones incluyen encarcelamiento, multas y la denegación de beneficios de 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 EXCUSIONES.**

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:

SRC, an Aetna Company
Attn: Claim Department
PO Box 14094
Lexington, KY 40512-4094
Fax to: 1-859-455-8650
Teléfono: 1-888-772-9682



Solicitud de beneficios dentales

Envíe por correo a:
SRC, an Aetna Company
Attn: Claim Department
PO Box 14094
Lexington, KY 40512-4094
Fax to: 1-859-455-8650
Phone: 1-888-772-9682

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 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 <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Child <input type="checkbox"/> Other
13. Dirección del paciente (si es distinto del empleado)	14. Género del paciente <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	15. Alumno de tiempo completo <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 <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Soltero	
19. ¿El paciente tiene empleo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		20. Nombre y dirección de empleador	
21. ¿El reclamo está relacionado a un accidente? <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? <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: 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. Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____			
29. Yo autorizo el pago de los beneficios dentales al dentista o proveedor de servicio. Firma del paciente o persona autorizada _____ Fecha _____			

DEBE SER COMPLETADO POR EL DENTISTA

30. Esta es una solicitud de: <input type="checkbox"/> Solicitud de estimado previo al tratamiento				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 <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> ECF <input type="checkbox"/> Otro		38. ¿Están adjuntas las radiografías o modelos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas?					
¿El tratamiento fue el resultado de:		No	Sí	Si sí, dé una descripción y fechas					
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: _____			
				No. de meses de tratamiento: _____		Tarifa mensual: _____			
				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. Firma del dentista _____ Fecha _____				48. Identificación de proveedor nacional		Cargo total \$ _____ Monto pagado \$ _____ Saldo por pagar \$ _____			