



Declaración del dentista

Aetna Global Benefits®

Subscripción de cobertura por Aetna Life Insurance Company y Aetna Life & Casualty (Bermuda) Ltd.

- Este formulario debe ser completado y presentado si no provee una factura detallada junto con el Formulario de Reclamo (GR-68069). La sección "Resumen de reembolso" del formulario de reclamo identificará a quién deben realizarse/enviarse los pagos de beneficios.
- Las facturas y recibos completamente detalladas deben incluir: Nombre del paciente y relación con el empleado, nombre/dirección/número de teléfono del prestador de servicios dentales, condición que se está tratando, fecha del servicio, tipo de servicio prestado y diente o dientes afectados por el tratamiento, valor a cobrar y procedimientos realizados. Si esta información no está incluida, usted podrá escribirla a mano en la factura/recibo y firmar su nombre.
- Si no se presentan facturas completamente detalladas o si los servicios prestados son para otra cosa que no sea exámenes, limpiezas o radiografías, los prestadores de servicios dentales deben completar este formulario y anexarlo a todas las facturas y a un Formulario de Reclamo completo (GR-68069), y enviarlos por correo a la dirección que aparece al dorso de la tarjeta de identificación del seguro del miembro o a **Aetna Global Benefits, P.O. Box 30258, Tampa, FL 33630-3258, EE.UU.**

- Si esto es para un presupuesto previo al tratamiento, deje en blanco el espacio para la fecha de los servicios que no hayan sido completados. Nuestro presupuesto y sus radiografías le serán devueltos prontamente. Los presupuestos están sujetos a deducibles y máximos del plan y podrán ser reducidos por los pagos realizados antes de la prestación de los servicios. El presupuesto se basa en la suposición de que el paciente obtendrá los servicios durante su cobertura y que el plan de tratamiento no cambiará. El pago efectivo podrá no coincidir con el presupuesto.
- Indique la fecha del tratamiento únicamente cuando el mismo haya sido completado. Describa cualquier cambio en el plan de tratamiento.
- Presente radiografías con:
 - solicitud para presupuestos previos al tratamiento
 - tratamientos que involucren restauraciones de oro, coronas, implantes y puentes.
- Se podrán solicitar radiografías para otros servicios.
- Identifique cualquier diente faltante y su fecha de extracción en el cuadro abajo.

1. Nombre del empleado			2. Número de Seguro Social/Ident. del empleado						
3. Nombre del paciente			4. Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)						
5. Esto es una <input type="checkbox"/> solicitud para presupuesto previo al tratamiento <input type="checkbox"/> declaración de servicios prestados									
6. Nombre y dirección del dentista (incluye código postal)			7. Número de teléfono () ()		8. No. de licencia del dentista				
			9. Si corresponde, indique el número de identificación de pagador de impuestos para fines de emisión del formulario U.S. 1099. La ley de los EE.UU. exige que usted proporcione su número de identificación de pagador de impuestos.						
10. Fecha de primera visita - Serie actual		11. Lugar de tratamiento <input type="checkbox"/> Consultorio <input type="checkbox"/> Hosp. <input type="checkbox"/> ECF <input type="checkbox"/> Otro		12. ¿Radiografías o modelos incluidos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántos(as)?					
El tratamiento es resultado de:			Si respondió sí, proporcione descripción breve y fechas						
13. enfermedad o lesión ocupacional	No	Sí							
14. accidente de automóvil									
15. otro accidente									
16. ¿Algún servicio está cubierto por otro plan?									
17. Si se trata de prótesis, ¿es una colocación inicial?			Si respondió no, fecha de colocación anterior y motivo del reemplazo						
18. ¿El tratamiento es para ortodoncia?			Fecha de colocación del aparato: _____ Tarifa inicial de aparato: _____ Cantidad de meses de tratamiento: _____ Tarifa mensual: _____ Meses de tratamiento restantes: _____ Tarifa de caso total: _____						
19. Para acelerar el procesamiento del reclamo, identifique todos los dientes faltantes con 'X'		20. Plan de examen y tratamiento. Enumérelos en orden, de diente no. 1 a diente no. 32. Use el sistema de cuadro indicado.							
		No. de diente o letra	Si extraído con anterioridad, informar fecha	Superficie	Descripción del servicio (radiografías, profilaxis, materiales usados, etc.)	Fecha en que se prestaron los servicios (mm/dd/aaaa)	No. de procedimiento	Tarifa	
						/ /			
							/ /		
							/ /		
							/ /		
							/ /		
							/ /		
							/ /		
21. Certifico por la presente que los procedimientos indicados por fecha han sido completados y que las tarifas indicadas son las tarifas actuales que he cobrado a este paciente y que pretendo aceptar para dichos procedimientos.					Total de cargos \$ _____		Valor pagado \$ _____		
Firma del dentista _____					Fecha _____		Saldo a pagar \$ _____		

Aviso: Es considerado un delito proveer información falsa o engañosa a cualquier compañía aseguradora con el propósito de defraudar al asegurador o a cualquier otra persona. Las penalidades pueden incluir encarcelamiento y/o multas. Además, un asegurador puede denegar cobertura si el solicitante provee información falsa, que está esencialmente relacionada con una reclamación.

Residentes de California: Para su protección, una ley del estado de California exige se le informe sobre lo siguiente: Todo individuo que a sabiendas y con intención de defraudar o burlar a una compañía de seguros, presente una reclamación que contenga una declaración esencialmente falsa o engañosa o en la que se omitan hechos o datos, habrá cometido un delito y podría estar sujeto a multas, encarcelamiento en una prisión estatal y ser sometido a penalidades impuestas por las leyes de derecho civil.

Residentes de Colorado: Un asegurador o agente que a sabiendas proporciona información falsa o engañosa para defraudar a la persona que presentó la reclamación acerca de los beneficios del seguro deberá ser denunciado a la Superintendencia de Seguros.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que a sabiendas y con intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o someta una solicitud de reclamación de beneficios que contenga información falsa o encubre, con la intención de engañar, información sobre hechos fundamentales, habrá cometido fraude de seguro, lo que es un delito y como consecuencia dicha persona será sometida a penalidades impuestas por las leyes de derecho penal y civil.