



Beneficios dentales: Instrucciones de reclamo

Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones penales y civiles.

Atención, residentes de Alabama: Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas de restitución o reclusión en una prisión, o cualquier combinación de estas. **Atención, residentes de Arkansas, Distrito de Columbia, Rhode Island y Virginia Occidental:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de California:** Para su protección, la ley de California exige que este formulario contenga el aviso detallado a continuación. Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la 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, brinde información o hechos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante, con el propósito de defraudarlo o intentar defraudarlo en relación con 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 agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 agraviar, 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 alguna compañía de seguros o a otra persona, presente 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 de fraude al seguro, lo cual constituye un delito. **Atención, residentes de Luisiana:** Toda persona que, a sabiendas, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y está sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **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 o de manera deliberada, presente un reclamo falso o fraudulento para recibir el pago de una pérdida o beneficio o que, con conocimiento de causa o de manera deliberada, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a la aplicación de multas y la reclusión en prisión. **Atención, residentes de Misuri:** 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, negación de seguro y daños y perjuicios, según lo determine un tribunal de justicia. Toda persona que, a sabiendas e intencionalmente, agraviar, defraude o engañe a una compañía de seguros puede ser culpable del delito de fraude, según lo determine un tribunal de justicia. **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 Carolina del Norte:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, 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, con intención de defraudar o consiente de que está facilitando un fraude contra una compañía de seguros, presente una solicitud o reclamo que contenga declaraciones falsas o engañosas es culpable de fraude al seguro. **Atención, residentes de Oklahoma:** ADVERTENCIA: Toda persona que, a sabiendas y con intención de agraviar, 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, a sabiendas y con intención de agraviar, defraudar o engañar a alguna 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 alguna 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 de fraude al seguro. Esto 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 recibir el pago de una pérdida u otro beneficio o presente más de un reclamo por la misma pérdida o daño, comete un delito grave. Si la persona 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). También podrá ser encarcelada por un periodo fijo de tres (3) años, o ambos. Si existen circunstancias agravantes, el periodo fijo de encarcelamiento puede ascender 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 agraviar, 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 agraviar, 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 agraviar, 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. **Atención, residentes de Nueva York:** Toda persona que, a sabiendas y con intención de defraudar a alguna 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 de fraude al seguro. Esto constituye un delito; consecuentemente, dicha persona está sujeta a sanciones civiles que no exceden los cinco mil dólares y el valor establecido del reclamo para cada una de dichas violaciones.

Firma:	Fecha (MM/DD/AAAA)
--------	--------------------

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 este 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:

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 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"/> Mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro
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 <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 <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							
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 \$ _____		

Aetna cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina, excluye ni trata de manera diferente a ningún individuo por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o discapacidad.

Aetna brinda servicios y asistencia gratuitos a las personas con discapacidades y a las que necesitan asistencia de idioma.

If you need a qualified interpreter, written information in other formats, translation or other services, call the number on your ID card. In Spanish: Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si necesita un intérprete calificado, la información escrita en un formato alternativo, servicios de traducción u otro tipo de servicios, llame al número que figura en su tarjeta de identificación.

Si cree que no brindamos estos servicios de manera adecuada o que discriminamos por alguna de las características mencionadas más arriba, puede comunicarse con el Civil Rights Coordinator y presentarle una reclamación:

Civil Rights Coordinator,

P.O. Box 14462, Lexington, KY 40512 (clientes de CA HMO: P.O. Box 24030 Fresno, CA 93779),

1-800-648-7817, TTY: 711 Fax: 859-425-3379 (clientes de CA HMO: 860-262-7705),
CRCoordinator@aetna.com.

También puede presentar una queja en el portal de quejas en Internet de la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por escrito a U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue SW., Room 509 F, HHH Building, Washington, DC 20201. Además, puede llamar al 1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Aetna es el nombre comercial que se utiliza en los productos y servicios proporcionados por una o más de las compañías subsidiarias del grupo Aetna, entre las que se incluyen Aetna Life Insurance Company, los planes de Coventry Health Care y sus compañías afiliadas (Aetna).

TTY: 711

To access language services at no cost to you, call the number on your ID card.

Para acceder a los servicios de idiomas sin costo, llame al número que figura en su tarjeta de identificación. (Spanish)

如欲使用免費語言服務，請致電您 ID 卡上的電話號碼 (Chinese)

Afin d'accéder aux services langagiers sans frais, veuillez composer le numéro inscrit sur votre carte d'identité. (French)

Para ma-access ang mga serbisyo sa wika nang wala kayong babayaran, tawagan ang numero sa inyong ID card. (Tagalog)

Um auf für Sie kostenlose Sprachdienstleistungen zuzugreifen, rufen Sie die Nummer auf Ihrer ID-Karte an. (German)

للحصول على الخدمات اللغوية دون أي تكلفة، الرجاء الاتصال على الرقم الموجود على بطاقتك الشخصية. (Arabic)

Pou jwenn sèvis lang gratis, rele nimewo telefòn ki sou kat idantite ou a. (French Creole-Haitian)

Per accedere ai servizi linguistici, senza alcun costo per lei, chiami il numero sulla tessera identificativa. (Italian)

言語サービスを無料でご利用いただくには、IDカードに記載の番号にお電話ください。 (Japanese)

무료 언어 서비스를 이용하려면 보험 ID 카드에 수록된 번호로 전화해 주십시오. (Korean)

برای دسترسی به خدمات زبان به طور رایگان، با شماره قید شده روی کارت شناسایی خود تماس بگیرید. (Persian-Farsi)

Aby uzyskać dostęp do bezpłatnych usług językowych proszę zadzwonić numer telefonu na Twojej Karcie Identykującej (Polish)

Para acessar os serviços de idiomas sem custo para você, ligue para o número que consta na sua identidade. (Portuguese)

Для получения бесплатной помощи переводчика позвоните по телефону, указанному на Вашей личной карточке медицинского страхования. (Russian)

Nếu quý vị muốn sử dụng miễn phí các dịch vụ ngôn ngữ, hãy gọi tới số điện thoại ghi trên thẻ ID (Nhận dạng) của quý vị. (Vietnamese)