



Formulario de Reclamo Dental

P.O Box 7777, Lancaster, PA 17604-7777 Ph. 717-581-1300 1-800-433-3746 Fax 717-581-8379

SER COMPLETADO POR EMPLEADO

1. Nombre Paciente:	2. Relación a Empleado <input type="checkbox"/> Yo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Niño <input type="checkbox"/> Otro	3. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. Fecha de Nacimiento Paciente / /	5. Si estudiante a tiempo completo Escuela Ciudad
6. Nombre de Empleado/Miembro/Suscriptor (Primer, Medio, Apellido)		7. Número de Seguro Social de Empleado	Fecha de Nacimiento de Empleado / /	
8. Dirección de Empleado		9. Compañía (Empleador) nombre y dirección y/o división y posición de planta		
10. Número de Cuenta/Poliza	11. ¿Es cónyuge u otro miembro de familia empleado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, Nombre de Miembros: Número de Seguro social / /	12. Nombre y dirección del cónyuge o el otro empleador de miembro de familia en numero 11: La Fecha de Nacimiento del Cónyuge / /		

13. ¿Es cubierto el paciente por otro plan dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, indique aqui	Nombre de Plan Dental	Número de Grupo	Nombre y dirección de Portador
---	-----------------------	-----------------	--------------------------------

AUTORIZACION A PAGAR LOS BENEFICIOS AL DENTISTA-Por este medio autorizo el pago directamente al Dentista de las ventajas Dentales por otra parte pagaderas a mí.	Firma (empleado)	Fecha
--	------------------	-------

La CERTIFICACIÓN-I certifico que la información precedente es verdadera y correcta	Firma (empleado)	Fecha
--	------------------	-------

CUALQUIER PERSONA QUIEN A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O PLAN, ARCHIVA UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTIENE ALGUNA INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA U OCULTA LA INFORMACIÓN PARA EL OBJETIVO DE ENGAÑO, COMETE UN ACTO FRAUDULENTO DE SEGUROS, QUE ES UN DELITO Y SUJETA A TAL PERSONA A PENAS CRIMINALES Y CIVILES.

TO BE COMPLETED BY ATTENDING DENTIST

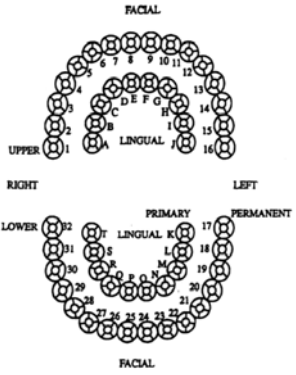
14. Dentist Name	22. Is treatment result of an occupational illness or injury? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If yes, enter brief description and dates
15. Mailing Address	23. Is treatment result of auto accident? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
City, State, Zip	24. Other <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

16. Tax I.D.# Soc. Sec.# To be used for tax reporting	17. Dentist License No.	25. Are any services covered by another plan? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, Name of other plan:
---	-------------------------	--

18. Dentist Phone No.	19. First visit date current series:	26. If prosthesis, is this initial placement? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	(If no, reason for replacement):	27. Date of prior placement:
-----------------------	--------------------------------------	---	----------------------------------	------------------------------

20. Place of Treatment Office Hosp. ECF Other <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	21. Radiographs or models enclosed? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No How many?	28. Is treatment for orthodontics? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	If services already commenced enter	Date Appliances:	Mos. Treatment:
---	--	--	-------------------------------------	------------------	-----------------

29. Examination and treatment plan-list in order from tooth no. 1 through tooth no. 32-use charting system shown

Tooth # or Letter	Surface (i.e. M,O,D,B,L,LA,I)	Description of Service (including X-Rays, Prophylaxis, Materials Used)	Date Service Completed Mo. Day Year	Procedure Number	Fee	Indicate missing teeth with an "X"
						

30. Remarks for unusual services

I HEREBY CERTIFY THAT THE PROCEDURES AS INDICATED BY DATE, HAVE BEEN COMPLETED AND THE FEES INDICATED ARE THOSE ACTUALLY CHARGED THE PATIENT REGARDLESS OF THE EXISTENCE OF INSURANCE COVERAGE.

Signed (Dentist)

Date

Total Fee Charged