



MARQUE UNA OPCIÓN: USE UN FORMULARIO POR RECLAMACIÓN  
 CÁLCULO APROXIMADO PREVIO AL TRATAMIENTO  DECLARACIÓN DE SERVICIOS PRESTADOS

MAIL TO: BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF MONTANA  
 POST OFFICE BOX 680247  
 DALLAS, TX 75266-0247

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE</b>	1. NOMBRE DEL PACIENTE PRIMER NOMBRE INIC. SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	2. RELACIÓN CON EL EMPLEADO <input type="checkbox"/> EMP. <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRA	3. SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	4. FECHA DE NAC. DEL PACIENTE (MES/DÍA/AÑO)	5. SI ES UN ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO UNIVERSIDAD CIUDAD	
	6. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE CORREO DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR			7. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR	8. FECHA DE NAC. DEL EMP./SUSCR. (MES/DÍA/AÑO)	
	9. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (COMPAÑÍA)		10. N.º DE GRUPO	11. ¿EL PACIENTE CUENTA CON COBERTURA DE OTRO PLAN? EN CASO AFIRMATIVO, COMPLETE LOS CASILLEROS 12A A 15. DENTAL: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO MÉDICA: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
	12-A. NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA(S) ASEGURADORA(S)		12-B. NÚMERO(S) DE GRUPO		14-A. NOMBRE DEL OTRO EMPLEADO/SUSCRIPTOR (SI NO COINCIDE CON EL DEL PACIENTE)	
	13. NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR		14-B. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR		14-C. FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR (MES/DÍA/AÑO)	
	14-B. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR		14-C. FECHA DE NACIMIENTO DEL EMPLEADO/SUSCRIPTOR (MES/DÍA/AÑO)		15. RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> EMP. <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> OTRA	

COMPRENDO QUE EL USO O LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN DE SALUD INDIVIDUALMENTE IDENTIFICABLE POR PARTE DE BLUE CROSS AND BLUE SHIELD, YA SEA OTORGADA POR MÍ U OBTENIDA DE OTRAS FUENTES, COMO PROVEEDORES MÉDICOS, SE REALIZARÁN CONFORME A LAS REGLAMENTACIONES FEDERALES SOBRE PRIVACIDAD EN VIRTUD DE LA LEY DE PORTABILIDAD Y RESPONSABILIDAD DEL SEGURO DE SALUD DE 1996 (HIPAA, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS). AUTORIZO QUE SE DÉ A CONOCER CUALQUIER INFORMACIÓN RELACIONADA CON ESTA RECLAMACIÓN. COMPRENDO QUE SOY RESPONSABLE POR TODOS LOS COSTOS DEL TRATAMIENTO DENTAL.

POR LA PRESENTE, AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DENTALES QUE DE OTRA FORMA SERÍAN PAGADEROS A MÍ EN FORMA DIRECTA A LA ENTIDAD DENTAL QUE SE NOMBRA A CONTINUACIÓN.

FIRMA (PACIENTE O PADRE/MADRE, SI ES MENOR) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

FIRMA (PERSONA ASEGURADA) \_\_\_\_\_ FECHA \_\_\_\_\_

<b>INFORMACIÓN SOBRE EL DENTISTA</b>	16. NOMBRE DEL DENTISTA		24. ¿EL TRATAMIENTO ES EL RESULTADO DE UNA ENFERMEDAD O LESIÓN RELACIONADA CON EL TRABAJO?		NO	SÍ	EN CASO AFIRMATIVO, INGRESE UNA DESCRIPCIÓN BREVE Y LAS FECHAS	
	17. DIRECCIÓN DE CORREO		25. ¿EL TRATAMIENTO ES EL RESULTADO DE UN ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO?					
	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL		26. ¿UN ACCIDENTE DE OTRO TIPO?			
	18. N.º DE SEG. SOC. O TIN DEL DENTISTA	19. N.º DE LICENCIA DEL DENTISTA	20. NÚMERO DE LICENCIA	27. ¿HAY ALGÚN SERVICIO CUBIERTO POR OTRO PLAN?				
	21. FECHA DE LA PRIMERA VISITA DE LA SERIE ACTUAL	22. LUGAR DEL TRATAMIENTO CONSULTORIO/HOSP./CENTRO DE CUIDADOS A LARGO PLAZO (ECF, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS)/OTRO	23. ¿SE ADJUNTAN RADIOGRAFÍAS O MODELOS? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿CUÁNTOS?	28. SI ES UNA PRÓTESIS, ¿ES LA COLOCACIÓN INICIAL?		(EN CASO NEGATIVO, MOTIVO DEL REEMPLAZO) FECHA DE LA COLOCACIÓN ANTERIOR		
				29. ¿ES UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA?	EN CASO AFIRMATIVO, FECHA MESES DE TRATAMIENTO DE COLOCACIÓN DEL APARATO: RESTANTES:			

IDENTIFIQUE LOS DIENTES FALTANTES CON UNA "X" 30. EXAMEN Y PLAN DE TRATAMIENTO: ENUMERAR EN ORDEN DEL DIENTE N.º 1 AL DIENTE N.º 32. USE EL SISTEMA DE FICHAJE.

FACIAL		N.º O LETRA DE DIENTE	SUPERFICIES	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (INCLUIR RADIOGRAFÍAS, PROFILAXIS, MATERIALES USADOS, ETC.)	FECHA DE REALIZACIÓN DE LOS SERVICIOS	NÚMERO DE PROCEDIMIENTO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO EXCLUSIVAMENTE
DERECHA	IZQUIERDA							
32	(T)							
31	(S)							
30	(R)							
29	(Q)							
28	(P)							
27	(O)							
26	(N)							
25	(M)							
24	(L)							
23	(K)							
22	(J)							
21	(I)							
20	(H)							
19	(G)							
18	(F)							
17	(E)							
16	(D)							
15	(C)							
14	(B)							
13	(A)							
12	(Z)							
11	(Y)							
10	(X)							
9	(W)							
8	(V)							
7	(U)							
6	(T)							
5	(S)							
4	(R)							
3	(Q)							
2	(P)							
1	(O)							

CERTIFICO POR EL PRESENTE DOCUMENTO QUE LOS PROCEDIMIENTOS, SEGÚN SE INDICAN POR FECHA, SE COMPLETARON Y QUE LOS CARGOS PRESENTADOS SON LOS CARGOS REALES QUE IMPUTÉ Y QUE ESPERO COBRAR POR DICHS PROCEDIMIENTOS.  _____ FIRMA (DENTISTA A CARGO)  _____ TELÉFONO DEL DENTISTA                      FECHA	COMENTARIOS SOBRE SERVICIOS NO USUALES	CARGO TOTAL COBRADO	
		PAGO REALIZADO POR OTRO PLAN	
		MÁXIMO PERMITIDO DEDUCIBLE	
		% DE LA ASEGURADORA	
		LA ASEGURADORA PAGA	
		EL PACIENTE PAGA	



## REVISE LA SIGUIENTE INFORMACIÓN ANTES DE PRESENTAR LA RECLAMACIÓN

### INFORMACIÓN PARA EL PACIENTE

1. Complete la totalidad de los puntos del uno (1) al quince (15) para ayudar a que la identificación sea segura y el pago se realice en forma rápida. Escriba con letra de imprenta o a máquina. Puede encontrar su número de grupo y de identificación de suscriptor en su tarjeta de identificación de Blue Cross and Blue Shield.
2. Debe firmar el formulario de reclamación debajo de la sección de Información sobre el paciente para indicar que la información es correcta y autorizar el pago.
3. El paciente (o el padre, si el paciente es un menor) debe firmar la "Autorización para dar a conocer información".
4. Si se puede prever razonablemente que los cargos totales del tratamiento planificado serán de \$300 o más, se recomienda la presentación de un cálculo aproximado previo al tratamiento antes del comienzo del tratamiento. Blue Cross les informará a usted y a su dentista acerca de los beneficios pagaderos.

El cálculo aproximado de beneficios está sujeto a que su cobertura esté vigente al momento de la prestación de los servicios y está sujeto a las limitaciones y exclusiones específicas que se mencionan en su plan de beneficios.

Consulte su Certificado de Cobertura para ver una descripción de los servicios cubiertos, el porcentaje pagadero de los cargos, las limitaciones y las exclusiones.

El formulario completado debe enviarse a la dirección que se muestra a continuación.

**NOTA:** Cualquier persona que presente información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas está cometiendo un delito y estará sujeta a una multa, a una pena de prisión o a ambas penas.

### INFORMACIÓN PARA EL DENTISTA A CARGO

1. Complete los puntos 16 a 28 y el punto 29 del formulario de reclamación.
2. Si se puede prever razonablemente que los cargos totales del tratamiento planificado serán de \$300 o más, se recomienda la presentación de un cálculo aproximado previo al tratamiento antes del comienzo del tratamiento. Blue Cross les informará a usted y a su paciente acerca de los beneficios pagaderos.

Usted y su paciente tienen la libertad de llevar adelante cualquier plan de tratamiento por acuerdo mutuo. El cálculo aproximado previo de los beneficios tiene por único propósito evitar cualquier malentendido entre el paciente, el dentista y Blue Cross and Blue Shield con respecto a los beneficios permitidos en virtud de los términos de la cobertura.

3. Por lo general, no se requieren radiografías cuando se presenta una reclamación. No obstante, es posible que se soliciten radiografías preoperatorias en determinadas situaciones para que el consejero dental las utilice en la determinación del beneficio.
4. Si el suscriptor lo ha autorizado, el beneficio se pagará directamente a usted.

**NOTA:** Cualquier persona que presente información falsa, incompleta o engañosa a sabiendas está cometiendo un delito y estará sujeta a una multa, a una pena de prisión o a ambas penas.

Envíe el formulario completado a: BLUE CROSS AND BLUE SHIELD OF MONTANA  
POST OFFICE BOX 660247  
DALLAS, TX 75266-0247

## AVISO IMPORTANTE DE RECLAMACIÓN

**Arizona Residentes:** Para su protección, en Arizona se exige por ley que la siguiente manifestación aparezca en este formulario. Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro será objeto de sanciones penales y civiles.

**Arkansas Residentes:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas, presente información falsa en una solicitud de seguro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento.

**Florida Residentes:** Toda persona que a sabiendas y con la intención de lesionar, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presente una declaración de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave de tercer grado.

**New Jersey Residentes:** Toda persona que, a sabiendas, presente una demanda que contenga información falsa o engañosa será objeto de sanciones penales y civiles.

**New York Residentes:** Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información sustancialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información sobre cualquier hecho sustancial al respecto, comete un acto fraudulento de seguro, lo cual constituye un delito, y también estará sujeta a una multa civil que no excederá de cinco mil dólares (\$5,000) y el valor declarado del reclamo por cada una de dichas violaciones.

**Ohio Residentes:** Toda persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presente una solicitud o una reclamación que contenga una afirmación falsa o engañosa es culpable de fraude al seguro.

**Texas Residentes:** Toda persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un siniestro es culpable de un delito y podrá ser objeto de multas o encarcelamiento en una prisión estatal.