Group Dental - Metropolitan Life Insurance Company

Reclamación de Gastos Dentales

SECCIÓN 1: Sección del Empleado

Información del Paciente

1. Nombre | Segundo | Apellido

2. Parentesco con el Empleado ☐ Usted mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo(a) ☐ Otro | 3. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino | 4. ¿Está Casado(a)? ☐ Sí ☐ No

5. Fecha de Nacimiento del Paciente *(Mes/Día/Año)* | 6. Para Uso del Consultorio

Si es Estudiante de Tiempo Completo *(y tiene 19 años o más)*, indique:

7. Universidad | Ciudad | Estado | Código Postal

8. Número de Identificación | 9. ¿Es Discapacitado(a) *(y tiene 19 años de edad o más)?* ☐ Sí ☐ No | 10. Nombre del Programa Dental de Grupo

Información del Empleado

11. Nombre | Segundo | Apellido

12. Dirección Postal de Residencia del Empleado | Ciudad | Estado | Código Postal

13. Fecha de Nac. del Empleado | 14. Teléfono del Consultorio *(Código de Área)* | 15. ¿Hay otros Miembros de la Familia Empleados? ☐ Sí ☐ No

16. Nombre del Miembro de la Familia Empleado | Número de Seguro Social/Número de Identificación | Fecha de Nacimiento

17. Nombre del empleado para la nota 16

18. Dirección del Empleado | Ciudad | Estado | Código Postal

19. ¿El Paciente está Cubierto por Otro Plan Dental? ☐ Sí ☐ No *(En caso afirmativo, complete lo siguiente:)* | Nombre del Plan Dental | Nº de Grupo

Nombre del Asegurador

Dirección del Asegurador | Cuidad | Estado | Código Postal

20. Autorizo la divulgación de información relacionada con esta reclamación.

Firme Aquí Firma del Paciente o Firma del Representante Autorizado si es Menor de Edad | Fecha

Si firma el Representante Autorizado, indicar Parentesco con el Menor

21. Certifico que la Información Anterior es Correcta.

Firme Aquí Firma del Empleado | Fecha

22. Autorizo que el Pago se Efectúe Directamente al Dentista Indicado a Continuación.

Firme Aquí Firma del Empleado | Fecha

SECTION 2: To be completed by Dentist

23. Dentist – First name	Middle name	Last name

24. Mailing address	City	State	ZIP

25. Phone number	26. License number	27. Dentist SSN or T.I.N.	28. Provider specialty code

29. NPI *(treating dentist)*	30. NPI *(billing entity, if different)*	31. First visit date current series

32. Place of treatment
☐ Office ☐ Hospital ☐ ECF ☐ Other _____

33. Radiographs or Models enclosed?
☐ Yes ☐ No How many? _____

34. Is treatment result of occupational illness or injury?
☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*

35. Is treatment result of auto accident?
☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*

36. Other accident?
☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*

37. Are any services covered by another plan?
☐ Yes ☐ No *(If yes, enter brief description and dates)*

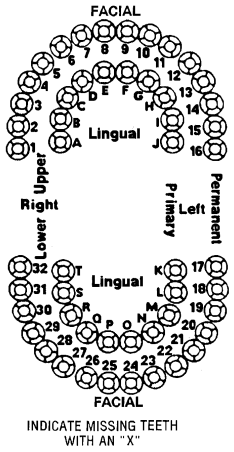
38. If prosthesis, is this initial placement? *(If no, reason for replacement)*
☐ Yes ☐ No

39. Date of prior replacement

40. Is treatment for orthodontics? ☐ Yes ☐ No	If services already commenced, date appliance placed	Months of treatment remaining

Dentist's – ☐ Pretreatment estimate ☐ Statement of actual services *(Be sure to sign below)**

41. Examination and Treatment Plan – List in order from tooth #1 through tooth #32 *(Use charting system shown)*



Tooth # or Letter	Surface	Description of Services *(Including X-Rays, Prophylaxis, Materials Used, Etc.)*	Date Service Performed *(mm/dd/yyyy)*	ADA Procedure Number	Fee	For Carrier Use Only

Total fee	
Actually charged	

42. I hereby certify that the services listed above ☐ will be ☐ have been performed.

Sign Here *Signature of Dentist	Date signed

43. Address where treatment was performed - Street	City	State	ZIP

SECCIÓN 3: INSTRUCCIONES *(Por favor revise estas instrucciones antes de presentar una reclamación.)*

1. ADVERTENCIAS SOBRE FRAUDES

Antes de completar este formulario de reclamación, por favor lea la advertencia sobre fraudes correspondiente al estado donde reside y al estado donde se emitió la póliza de seguro bajo la cual está reclamando un beneficio.

Alabama, Arkansas, Distrito de Columbia, Louisiana, Massachusetts, Minnesota, Nuevo México, Ohio, Rhode Island y Virginia Occidental: Cualquier persona que presente intencionalmente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de un daño o beneficio o que a sabiendas presente información falsa en una solicitud de seguro incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.

Alaska: Cualquier persona que, a sabiendas o con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros presente una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa podrá ser procesada bajo la ley estatal.

Arizona: Para su protección, la ley de Arizona exige que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará sujeta a sanciones penales y civiles.

California: Para su protección, la ley de California exige que la siguiente información aparezca en este formulario. Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en una prisión estatal.

Colorado: Es ilegal proporcionar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o engañosos a una compañía de seguros con el propósito o la intención de defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación de seguro y daños civiles. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, proporcione información o datos falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o reclamante con el propósito o la intención de defraudarlos con respecto a un arreglo o indemnización pagaderos de los ingresos del seguro será denunciado ante la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

Delaware, Idaho, Indiana y Oklahoma: ADVERTENCIA: Cualquier persona que, a sabiendas y con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, realice una reclamación de fondos de una póliza de seguro con información falsa, incompleta o engañosa, incurrirá en un delito grave.

Florida: Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación o una solicitud con información falsa, incompleta o engañosa incurrirá en un delito grave de tercer grado.

Kentucky: Cualquier persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una declaración de reclamación con información materialmente falsa o que con fines engañosos oculte información referente a algún hecho material en la misma, incurrirá en el delito de acto fraudulento de seguros.

Maine, Tennessee, Virginia y Washington: Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudarla. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o denegación de los beneficios de seguro.

Maryland: Cualquier persona que, a sabiendas o intencionalmente, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o beneficio o que, a sabiendas o intencionalmente, presente información falsa en una solicitud de seguro incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en prisión.

Nuevo Hampshire: Cualquier persona que, con el propósito de dañar, defraudar o engañar a una compañía de seguros, presente una declaración de reclamación con información falsa, incompleta o engañosa podrá ser procesada y penada por fraude de seguros según lo dispuesto en RSA 638:20.

Nueva Jersey: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación con información falsa o engañosa estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Nueva York: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o declaración de reclamación con información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho pertinente en la misma, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros y estará sujeta a una sanción civil que no superará los cinco mil dólares más el valor establecido de la reclamación por cada violación.

Oregón y Vermont: Toda persona que, a sabiendas, presente una declaración de reclamación falsa, puede ser considerado culpable de una ofensa y estará sujeto a sanciones bajo la ley estatal.

Puerto Rico: Cualquier persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar, incluya información falsa en una solicitud de seguro o que entregue, colabore o induzca a la presentación de una reclamación fraudulenta para obtener el pago de una pérdida u otro beneficio, o que presente más de una reclamación por la misma pérdida o daño, cometerá un delito grave, y si se la declara culpable será penada por dicha violación con una multa no inferior a cinco mil dólares ($5,000) ni superior a diez mil dólares ($10,000), o se la condenará a prisión por un término fijo de tres (3) años, o bien se le podrán aplicar ambas sanciones. Si existen circunstancias agravantes, el período fijo de

encarcelamiento podrá aumentarse hasta un máximo de cinco (5) años, y si existen circunstancias atenuantes, el término de encarcelamiento podrá reducirse a un mínimo de dos (2) años.

Texas: Cualquier persona que, a sabiendas, presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida incurrirá en delito y se le podrán aplicar multas y arresto en una prisión estatal.

Pensilvania y otros estados: Toda persona que, a sabiendas y con el propósito de defraudar a una compañía de seguros o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación con información materialmente falsa o que, con fines engañosos, oculte información referente a algún hecho importante en la misma, incurrirá en un delito de acto fraudulento de seguros y se le podrán aplicar sanciones penales y civiles.

2. INFORMACIÓN PARA LA PRESENTACIÓN DE RECLAMACIONES

Información para el Empleado

1. Complete su sección del formulario de reclamación *(ítems 1 al 21)* en su totalidad para asegurarse de que la identificación sea correcta y el pago se realice rápidamente. Escriba con letra de imprenta o a máquina. **Nota:** El ítem 8 *(Número de Identificación)* **debe completarse** para que la reclamación pueda ser procesada.
2. **Consentimiento del Paciente.** Al firmar el ítem 20, el **paciente** *(o padre u otro representante autorizado)* da su consentimiento para el uso y la divulgación de la información relacionada con los servicios provistos por el dentista o profesional de asistencia sanitaria a los fines del tratamiento, pago u operaciones de asistencia sanitaria, incluida la presentación de una reclamación por beneficios dentales ante un proveedor o administrador de planes de beneficios dentales. Este consentimiento será válido durante el tiempo en que el paciente tenga derecho a la cobertura conforme al plan dental. Usted tiene derecho a obtener una copia de este consentimiento. Dicho consentimiento podrá ser revocado entregando una notificación por escrito a su dentista o profesional de asistencia sanitaria, pero tal revocación no afectará ninguna medida tomada sobre la base de este consentimiento con anterioridad a la revocación. Al recibir la revocación o negativa a firmar un consentimiento, su dentista o profesional de asistencia sanitaria podrá decidir no proporcionar o no continuar el tratamiento. Si este consentimiento es firmado por un representante autorizado del paciente, el parentesco del representante autorizado deberá indicarse en el ítem 20.
3. Deberá firmar el formulario de reclamación en el ítem 21.
4. Puede acordar que MetLife efectúe el pago directamente al dentista completando el ítem 22. Si desea que los beneficios se paguen directamente a usted, no complete el ítem 22. En cualquiera de los casos, se le enviará una declaración de los beneficios pagados.
5. Si se calcula que los cargos totales para el curso del tratamiento planificado serán de $300 o más, se tendrá que completar el formulario y presentarlo ante MetLife **antes del comienzo del curso del tratamiento** para realizar una estimación de beneficios previa al tratamiento. MetLife le notificará sobre sus beneficios pagaderos. *(Si lo desea, puede solicitar una estimación previa al tratamiento para los gastos dentales anticipados inferiores a $300.)*
6. Si se calcula que los cargos totales para el curso del tratamiento planificado serán inferiores a $300, el formulario de reclamación deberá completarse cuando el tratamiento haya concluido y deberá enviarse por correo o por fax a la dirección o al número de fax indicado a continuación.

La Cobertura Dental está sujeta a limitaciones y exclusiones específicas. Consulte el folleto para obtener una descripción de los servicios cubiertos, programa de beneficios pagaderos, limitaciones y exclusiones.

Information for Attending Dentist

1. Benefits are payable in accordance with four Classes of Services. It is, therefore, important that a separate fee is indicated for each item of service performed.
2. If total charges for a course of treatment are expected to be $300 or more, check the box noted "Pretreatment estimate" and complete items 23 through 42. The completed claim form should be sent to the address shown below **prior to the commencement of the course of treatment.** MetLife will review the claim *(and any supplementary information required)* and notify your patient of the benefits payable.
3. If the address where treatment was performed is different from the mailing address in item 24, complete item 43.
4. Generally, we do ***not*** request x-rays where standard filling materials are used. Pre-operative x-rays are requested ***only*** in connection with prosthetics, fixed bridgework, or cast restorations. Occasionally, we may request x-rays that relate to other dental services.
   In an effort to reduce your costs and inconvenience, we request your cooperation in submitting x-rays ***only*** in the above-mentioned circumstances or when specifically requested.
   This will also enable us to expedite the processing of a pretreatment estimate.
5. If authorized by the employee, benefit payments will be made directly to you.

SECCIÓN 4: Cómo enviar este formulario

- Si presenta una reclamación, complete y separe la primera y la segunda página únicamente y envíela por correo a la dirección indicada arriba o por fax al número indicado.
- Si desea solicitar que el formulario sea traducido al español o al chino, visite nuestro sitio en Internet, www.metlife.com, y descargue el formulario de reclamación correspondiente de nuestro Centro de Seguro Dental.
- O bien, puede enviar por correo las seis (6) páginas completas de este formulario a la dirección indicada en la página 6.

Correo:
MetLife Dental Claims
P.O. Box 981282
El Paso, TX 79998-1282

Fax:
1-859-389-6505

Teléfono del dentista:
1-877-638-3379

CALIFORNIA HEALTHCARE LANGUAGE ASSISTANCE PROGRAM
NOTICE TO INSUREDS

No Cost Language Services. You can get an interpreter. You can get documents read to you and some sent to you in your language. For help, call us at the number listed on your ID card, if any, or 1-800-942-0854. For more help call the CA Dept. of Insurance at 1-800-927-4357.
To receive a copy of the attached MetLife document translated into Spanish or Chinese, please mark the box by the requested language statement below, and mail the document with this form to:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Please indicate to whom and where the translated document is to be sent.

☐ **Servicio de Idiomas Sin Costo.** Puede obtener la ayuda de un intérprete. Se le pueden leer documentos y enviar algunos en español. Para recibir ayuda, llámenos al número que aparece en su tarjeta de identificación, si tiene una, o al 1-800-942-0854. Para recibir ayuda adicional llame al Departamento de Seguros de California al 1-800-927-4357.
Para recibir una copia del documento adjunto de MetLife traducido al español, marque la casilla correspondiente a esta oración, y envíe por correo el documento junto con este formulario a:
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
Por favor, indique a quién y a dónde debe enviarse el documento traducido.
NOMBRE_____
DIRECCIÓN_____

☐ **免費語言服務。**您可獲得免費口譯服務。您可要求翻譯員向你口譯文件，或可要求向你發回文件的中文譯本。如需協助，請致電您的ID卡上所示號碼（如有），或 1-800-942-0854。如需更多協助，請致電加州保險部熱線1-800-927-4357。
為收取隨附MetLife文件的中文譯本，請勾選此陳述前的方框，並將文件連同此表一併郵寄至：
Metropolitan Life Insurance Company
PO Box 14587
Lexington, KY 40512
請指明經翻譯文件收件人的姓名及地址。
姓名_____
地址_____

Անվճար թարգմանչական ծառայություններ: Ձեզ կտրամադրվի հայերենի թարգմանիչ, որի օգնությամբ կարող եք հայերենով կարդալ փաստաթղթերը: Հարցերի դեպքում զանգահարեք մեզ Ձեր ID քարտի վրա նշված հեռախոսահամարով կամ 1-800-942-0854: Առավել մանրամասն տեղեկատվության համար զանգահարեք Կալիֆորնիայի Ապահովագրական Դեպարտամենտ 1-800-927-4357 հեռախոսահամարով:

សេវាបកប្រែដោយឥតគិតថ្លៃ ។ អ្នកអាចទទួលបានអ្នកបកប្រែម្នាក់ និងឱ្យគេអានឯកសារនានាឱ្យអ្នកស្តាប់ជាភាសាខ្មែរ ។ សម្រាប់ជំនួយ សូមទូរស័ព្ទមកយើង តាមលេខដែលមានចុះនៅលើប័ណ្ណសម្គាល់ខ្លួនរបស់អ្នកប្រសិនបើមាន ឬ តាមលេខ 1-800-942-0854 ។ សម្រាប់ជំនួយបន្ថែមទៀត សូមទូរស័ព្ទទៅក្រសួងធានារ៉ាប់រងនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CA Dept. of Insurance) តាមលេខ 1-800-927-4357 ។

Kev pab txhais lus tsis kom them nqi. Koj thov tau kom nrhiav neeg txhais lus thiab nyeem ntaub ntawv hais ua lus Hmoob rau koj mloog. Yog xav tau kev pab, hu rau peb ntawm tus xov tooj sau hauv koj daim npav ID, yog muaj, lossis 1-800-942-0854. Yog xav kom pab lwm yam hu rau lub CA Hauv Paus Iv-saws-las ntawm 1-800-927-4357.

無料の通訳サービス。通訳を通して日本語で文書を読み上げてもらうことができます。サービスの利用をご希望の方は、お手持ちの ID カードに記載されている番号、または 1-800-942-0854 へお電話ください。さらなる支援が必要な場合は、カリフォルニア州保険庁 1-800-927-4357 までお問い合わせください。

무료 통역 서비스. 통역자가 문서를 한국어로 읽어드릴 수 있습니다. 도움이 필요하시면, 귀하의 ID 카드에 있는 번호나 1-800-942-0854 로 전화하십시오. 다른 도움이 필요하시면, 전화번호 1-800-927-4357 로 캘리포니아 보험국에 연락하여 주십시오.

Бесплатные услуги устного перевода. Вы можете воспользоваться услугами переводчика, который прочитает вам документы на русском языке. Чтобы получить помощь, позвоните нам по номеру, указанному на вашей идентификационной карточке, если у вас она есть, либо по номеру 1-800-942-0854. Если вам нужна помощь в других вопросах, позвоните в горячую линию Департамента страхования (CA Dept. of Insurance) 1-800-927-4357.

Libreng serbisyo sa pagsasalin. Maaari kang kumuha ng tagasalin para basahin sa iyo ang mga dokumento sa wikang Tagalog. Para ikaw ay matulungan, tawagan kami sa numerong nakalista sa iyong ID card, kung mayroon man, o sa numerong 1-800-942-0854. Para sa karagdagang tulong tawagan ang CA Dept. of Insurance sa numerong 1-800-927-4357.

Dịch vụ thông dịch miễn phí. Quý vị có thể tìm một thông dịch viên và nhờ đọc các tài liệu này cho quý vị bằng tiếng Việt. Để được giúp đỡ, gọi cho chúng tôi tại số nêu trên thẻ ID của quý vị, nếu có, hoặc 1-800-942-0854. Để được giúp đỡ thêm gọi cho Ban Bảo Hiểm CA tại số 1-800-927-4357.

لا تتوفر خدمات ترجمة بتكلفة. يمكنك الاتصال بمترجم والحصول على خدمة قراءة المستندات باللغة العربية. للمساعدة، اتصل بنا على الرقم الموجود على بطاقة التعريف الخاصة بك، أو اتصل بالرقم 1-800-942-0854. ولمزيد من المساعدة، اتصل بقسم التأمينات التابع لـ CA على الرقم 1-800-927-4357.

سرویس های ترجمه رایگان. شما می توانید مترجم و اسنادی را به زبان فارسی برای مطالعه دریافت کنید. برای راهنمایی،از طریق شماره درج شده در کارت شناسایی خود (در صورت وجود) یا شماره 1-800-942-0854 با ما تماس بگیرید. برای راهنمایی بیشتر با بخش بیمه کالیفرنیا 1-800-927-4357 تماس بگیرید.

بلا معاوضہ مترجم دی خدمات مل سکدی اے۔ تُسی ایک مترجم دی خدمات حاصل کرسکدے او جو توڈے واسطے دستاویزات پنجابی وچ پڈ سکدا اوے۔ مدد واسطے اپڑیں آئی ڈی کارڈ، گر ہو تو، دے وچ نمبر یا 1-800-942-0854 پہ کال کرو۔ آگے مزید مدد واسطے اے نمبر 1-800-927-4357 پہ سی اے ڈیپارٹمنٹ برائے انشورنس نال گال کرو۔