

INFORMACIÓN PRELIMINAR (HEADER INFORMATION)																														
1. Clase de transacción (Marque todas las secciones pertinentes) (Type of Transaction (Check all applicable boxes)) ☐ Declaración de los servicios realizados - O - ☐ Solicitud para presupuesto o autorización previa (Statement of Actual Services - OR - Request for Predetermination/Preauthorization) ☐ EPSDT/Título XIX (EPSDT/Title XIX)																														
2. Número de presupuesto o autorización previa (Predetermination/Preauthorization Number)																														
DATOS DEL PAGADOR PRINCIPAL (PRIMARY PAYER INFORMATION)																														
3. Nombre, Dirección, Ciudad, Código postal (Name, Address, City, State, Zip Code)																														
OTRA COBERTURA (OTHER COVERAGE)																														
4. ¿Otra cobertura dental o médica? ☐ No (salte 5 a 11) ☐ Sí (llene 5 a 11) (Other Dental or Medical Coverage?) (No (Skip 5-11)) (Yes (Complete 5-11))																														
5. Asegurado Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Sobrenombre) (Insured Name (Last, First, Middle Initial, Suffix))																														
6. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (Date of Birth (MM/DD/YYYY))		7. Sexo (Gender) ☐ M ☐ F		8. Identificación del asegurado (N.º de Seguro Social o N.º de identificación) (Insured Identifier (SSN or ID#))																										
9. Número de grupo o plan (Plan/Group Number)		10. Parentesco con el asegurado principal (Marque la sección pertinente) (Relationship to Primary Insured (Check applicable box)) ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Dependientes ☐ Otro (Self) (Spouse) (Dependent) (Other)																												
11. Nombre de otra aseguradora, dirección, ciudad, estado, código postal (Other Carrier Name, Address, City, State, Zip Code)																														
DATOS DEL ASEGURADO PRINCIPAL (PRIMARY INSURED INFORMATION)																														
12. Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Sobrenombre), Dirección, Ciudad, Estado, Código postal (Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code)																														
13. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (Date of Birth (MM/DD/YYYY))				14. Sexo (Gender) ☐ M ☐ F		15. Identificación del asegurado (N.º de Seguro Social o N.º de identificación) (Insured Identifier (SSN or ID#))																								
16. Número de grupo o plan (Plan/Group Number)				17. Nombre del empleador (Employer Name)																										
DATOS DEL PACIENTE (PATIENT INFORMATION)																														
18. Parentesco con el Asegurado principal (Marque la sección pertinente) (Relationship to Primary Insured (Check applicable box)) ☐ Yo mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo dependiente (Self) (Spouse) (Dependent Child)						19. Situación del estudiante (Student Status) ☐ ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO (FTS) ☐ ESTUDIANTE DE MEDIO TIEMPO (PTS)																								
20. Nombre (Apellido, Primer nombre, Inicial del segundo nombre, Sobrenombre), Dirección, Ciudad, Estado, Código postal (Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code)																														
21. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (Date of Birth (MM/DD/YYYY))				22. Sexo (Gender) ☐ M ☐ F		23. Identificación del paciente o N.º de cuenta (designado por el dentista) (Patient ID/Account # (Assigned by Dentist))																								
REGISTRO DE LOS SERVICIOS PRESTADOS (RECORD OF SERVICES PROVIDED)																														
	24. Fecha de procedimiento (MM/DD/AAAA) (Procedure Date (MM/DD/YYYY))	25. Área de cavidad oral (Area of Oral Cavity)	26. Sistema dental (Tooth System)	27. Número(s) de diente(s) o letra(s) (Tooth Number(s) or Letter(s))	28. Superficie dental (Tooth Surface)	29. Código de procedimiento (Procedure code)	30. Descripción (Description)			31. Cargo (Fee)																				
1																														
2																														
3																														
4																														
5																														
6																														
7																														
INFORMACIÓN DE LOS DIENTES QUE FALTAN (MISSING TEETH INFORMATION)			Permanente (Permanent)						Primario (Primary)						32. Otro Cargo(s) (Other Fee(s))															
34. Marque con una "X" cada diente que falte (Place an 'X' on each missing tooth)			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	33. Total de cargos (Total Fee)	
			32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K		
35. Observaciones (Remarks)																														

AUTORIZACIONES (AUTHORIZATIONS) 36. He recibido información sobre el plan de tratamiento y sus costos asociados. Estoy de acuerdo en que soy responsable por todos los cargos por servicios dentales y materiales que no sean pagados por mi plan de beneficios dentales, salvo que lo prohíba la ley o que el dentista trate o su clínica tengan un acuerdo contractual con mi plan prohibiendo todo a parte de dichos cargos. Al alcance de la ley, doy mi autorización para que usen y divulguen mis datos de salud protegidos para hacer pagos en relación a esta reclamación. Por este medio declaro que he leído el aviso pertinente sobre fraude en la página 3 de este formulario. (I have been informed of the treatment plan and associated fees. I agree to be responsible for all charges for dental services and materials not paid by my dental benefit plan, unless prohibited by law, or the treating dentist or dental practice has a contractual agreement with my plan prohibiting all or a portion of such charges. To the extent permitted by law, I consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out payment activities in connection with this claim. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 3.) X _____ Firma del paciente o tutor (Patient/Guardian signature) Fecha (Date)	RECLAMACIÓN ANCILIARIA INFORMACIÓN DEL TRATAMIENTO (ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION) 38. Lugar del tratamiento (marque la sección pertinente) (Place of Treatment (Check applicable box)) ☐ Oficina del dentista (Provider's Office) ☐ Hospital (Hospital) ☐ Centro para atención prolongada (ECF, por sus siglas en inglés) (ECF) ☐ Otro (Other) 39. Número de anexos (00 a 99) (Number of Enclosures (00 to 99)) Radiografía(s) (Radiograph(s)) ☐ Imagen(s) bucal(es) (Oral Image(s)) ☐ Modelo(s) (Model(s)) ☐ 40. ¿Es tratamiento de ortodoncia? (Is Treatment for Orthodontics?) ☐ No (salte 41 a 42) (No (Skip 41-42)) ☐ Si (llene 41 a 42) (Yes (Complete 41-42)) 41. Fecha colocación aparato ortodóntico (MM/DD/AAAA) (Date Appliance Placed (MM/DD/YYYY)) 42. Meses de tratamiento ¿Queda (Months of Treatment Remaining) ☐ No ☐ Si (llene 44) (Yes (Complete 44)) 43. Recambio de prótesis? (Replacement of Prosthesis?) ☐ No ☐ Si (llene 44) (Yes (Complete 44)) 44. Fecha colocación anterior (MM/DD/AAAA) (Date Prior Placement (MM/DD/YYYY)) 45. Tratamiento como el resultado de (marque la sección pertinente) (Treatment Resulting from (Check applicable box)) ☐ Lesión o enfermedad laboral (Occupational illness/injury) ☐ Accidente automovilístico (Auto accident) ☐ Otro tipo de accidente (Other accident) 46. Fecha del accidente (MM/DD/AAAA) (Date of Accident (MM/DD/YYYY)) 47. Estado donde ocurrió el accidente (Auto Accident State)
DENTISTA O CLÍNICA FACTURANDO (Deje en blanco si el dentista o la clínica no están enviando la reclamación de parte del paciente.) (BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY (Leave blank if dentist or dental entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured.)) 48. Nombre, Dirección, Ciudad, Estado, Código postal (Name, Address, City, State, Zip Code)	INFORMACIÓN DEL DENTISTA TRATANTE Y UBICACIÓN DEL TRATAMIENTO (TREATING DENTIST AND TREATMENT LOCATION INFORMATION) 53. Por este medio certifico que los procedimientos indicados por fecha están en progreso (para procedimientos que hacen necesario visitas múltiples) o ya fueron completadas y que las facturas enviadas representan los cargos exactos que he cobrado y tengo la intención de cobrar por dichos procedimientos. Por este medio declaro que he leído el aviso pertinente sobre fraude en la página 3 de este formulario. (I hereby certify that the procedures as indicated by date are in progress (for procedures that require multiple visits) or have been completed and that the fees submitted are the actual fees I have charged and intend to collect for those procedures. I acknowledge that I have read the applicable fraud notice on page 3.) X _____ Firma (Dentista tratante) (Signed (Treating Dentist)) Fecha (Date) 54. Identificación del dentista (Provider ID) 55. Número de licencia (License Number) 56. Dirección, Ciudad, Estado, Código postal (Address, City, State, Zip Code) 57. Número de teléfono () (Phone Number) 58. Proveedor tratante Especialidad (Treating Provider Speciality)
49. Identificación del dentista (Provider ID) 50. Número de licencia (License Number) 51. N.º del Seguro Social o N.º de Identificación Fiscal (SSN or TIN) 52. Número de teléfono () (Phone Number)	

Algunos estados exigen que le demos la siguiente información.

Some states require us to provide the following information to you:

RESIDENTES DE ALABAMA, MARYLAND Y RHODE ISLAND

Toda persona que a sabiendas o deliberadamente presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida o de beneficios, o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud de seguro estará cometiendo un delito y podrá ser objeto de multas y encarcelamiento.

ALABAMA, MARYLAND AND RHODE ISLAND RESIDENTS

Any person who knowingly or willfully presents a false or fraudulent claim for payment of a loss or benefit or who knowingly or willfully presents false information in an application for insurance is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in prison.

RESIDENTES DE CALIFORNIA

Para protegerle a usted, las leyes de California disponen que lo siguiente aparezca en este formulario: Toda persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta para el pago de una pérdida estará cometiendo un delito y se hará acreedora a multas y confinamiento en una prisión estatal.

CALIFORNIA RESIDENTS

For your protection, California law requires the following to appear on this form: Any person who knowingly presents a false or fraudulent claim for the payment of a loss is guilty of a crime and may be subject to fines and confinement in state prison.

RESIDENTES DE COLORADO

Es ilegal proporcionar a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos a una compañía aseguradora con el fin de defraudarla o tratar de defraudarla. Hacerlo se puede sancionar con prisión, multas, denegación del seguro y responsabilidad civil. Cualquier compañía de seguros o agente de compañía de seguros que proporcionen a sabiendas datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de la póliza o reclamante con el fin de defraudarlos o tratar de defraudarlos con respecto a un arreglo u otorgamiento pagaderos de las ganancias del seguro, deberán ser reportados al Departamento de seguros de Colorado, dentro de la División de agencias reguladoras.

COLORADO RESIDENTS

It is unlawful to knowingly provide false, incomplete or misleading facts or information to an insurance company for the purpose of defrauding or attempting to defraud the company. Penalties may include imprisonment, fines, denial of insurance, and civil damages. Any insurance company or agent of an insurance company who knowingly provides false, incomplete, or misleading facts or information to the policyholder or claimant for the purpose of defrauding or attempting to defraud the policyholder or claimant with regard to a settlement or award payable from insurance proceeds shall be reported to the Colorado division of insurance within the department of regulatory agencies.

RESIDENTES DEL DISTRITO DE COLUMBIA

ADVERTENCIA: Es delito proporcionar información falsa o engañosa a una aseguradora con objeto de defraudar a la aseguradora o a cualquier otra persona. El delito se puede sancionar con prisión y multas. Además, la aseguradora podrá denegar los beneficios de seguro si el solicitante presentó información falsa materialmente relacionada con una reclamación.

DISTRICT OF COLUMBIA RESIDENTS

WARNING: It is a crime to provide false or misleading information to an insurer for the purpose of defrauding the insurer or any other person. Penalties include imprisonment and/or fines. In addition, an insurer may deny insurance benefits, if false information materially related to a claim was provided by the applicant.

RESIDENTES DE FLORIDA

Toda persona que a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una aseguradora, presente una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un delito grave de tercer grado

FLORIDA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, files a statement of claim or an application containing false, incomplete or misleading information is guilty of a felony of the third degree

RESIDENTES DE NUEVA JERSEY

Toda persona que a sabiendas presente una declaración de reclamación que contenga alguna información falsa o engañosa se hará objeto de sanciones penales y civiles.

NEW JERSEY RESIDENTS

Any person who knowingly files a statement of claim containing any false or misleading information is subject to criminal and civil penalties.

RESIDENTES DE NUEVA YORK

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito, y también se hará objeto de una sanción civil que no excederán de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada infracción de este tipo.

RESIDENTES DE PENNSILVANIA

Toda persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamación que contenga datos materialmente falsos, o que, con el propósito de engañar, oculte información referente a cualquier material factual a tal efecto, estará cometiendo fraude de seguros, lo cual constituye un delito y somete a dicha persona a sanciones penales y civiles.

TODOS LOS DEMÁS RESIDENTES

Algunos estados nos exigen informarle a usted que toda persona que, a sabiendas y con la intención de dañar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora o a otra persona, presente una declaración que contenga información falsa o engañosa referente a cualquier material factual referido aquí, estará cometiendo un acto fraudulento de seguros, el cual se castiga con sanciones civiles y/o penales, dependiendo de cada estado. Tales actos pueden clasificarse como delitos graves y al autor se le pueden imponer multas cuantiosas.

NEW YORK RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim, containing any materially false information, or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto, commits a fraudulent insurance act, which is a crime, and shall also be subject to civil penalty not to exceed five thousand dollars and the stated value of the claim for each such violation.

PENNSYLVANIA RESIDENTS

Any person who knowingly and with intent to defraud any insurance company or other person files an application for insurance or statement of claim containing any materially false information or conceals for the purpose of misleading, information concerning any fact material thereto commits a fraudulent insurance act, which is a crime and subjects such person to criminal and civil penalties.

ALL OTHER RESIDENTS

Some states require us to inform you that any person who knowingly and with intent to injure, defraud or deceive an insurance company, or other person, files a statement containing false or misleading information concerning any fact material hereto commits a fraudulent insurance act which is subject to civil and/or criminal penalties, depending upon the state. Such actions may be deemed a felony and substantial fines may be imposed.