

Declaración del Paciente Dental

INSTRUCCIONES:

1. Si ésta es una reclamación dental, y usted ha comprado la Cláusula Dental, favor de llenar TODAS LAS PARTES de este formulario.
2. Si esta reclamación derivó de un accidente, favor de visitar a www.hccmis.com, "Downloads" para obtener la forma "CUESTIONARIO DEL ACCIDENTE"
3. Si solicita el reembolso de gastos pagados, adjunte todas las facturas originales que desglosen los servicios y suministros. Por favor verifique que los documentos indiquen su nombre, fecha de servicio, diagnóstico y cargos por cada servicio. Si el dentista desea facturarnos directamente, le pedimos que firme la autorización de la asignación de beneficios y que adjunte las facturas del dentista o el dentista puede enviárnoslas por separado.
4. **Enviar a:** **HCC Medical Insurance Services**
 P.O. Box 863
 Indianápolis, Indiana 46206
5. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-800-605-2282. Si llama desde fuera de los Estados Unidos, llame por cobrar al (317) 262-2132.

Todos los cheques y la correspondencia estarán enviados a la dirección de abajo.			
Nombre del Asegurado:		Nombre del Paciente:	
Sexo:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:	Fecha de Nacimiento:
Dirección:		Ciudad:	Código Postal:
Estado:		País:	
Teléfono Particular:	Teléfono de Oficina:	Fax:	Correo Electrónico:
Número del Grupo:		Número del Certificado:	

1. Ciudadanía del Paciente: _____ País de Origen del Paciente: _____
(País donde el paciente radica principalmente y recibe su correo postal)
País visitado: _____
(Nota: HCCMIS podría solicitar una copia de su pasaporte)
2. ¿Es el paciente estudiante de tiempo completo? Sí No En caso afirmativo, favor de proporcionar el nombre y la dirección del centro educativo:

3. ¿Está el paciente empleado? Sí No En caso afirmativo, favor de proporcionar el nombre y la dirección del empleador:



4. ¿Tiene usted o algún miembro de su familia otra cobertura dental que podría ayudar a cubrir los gastos dentales?
 Sí No En caso afirmativo, favor de completar los siguientes datos:

Nombre de la Compañía:	Dirección:
Titular de la Póliza:	Número de la Póliza:
¿Es éste un seguro de grupos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Yo verifico que toda la información incluida en este formulario es verdadera, correcta, completa, y de mi entero conocimiento. Autorizo a cualquier doctor licenciado, profesional de las artes curativas, hospital, clínica, agencia gubernamental, compañía aseguradora, póliza habiente de un grupo, empleado o administrador de un plan de beneficios que tenga información sobre el cuidado, consejo, tratamiento, diagnóstico, o pronóstico de cualquier condición, sea física o mental, o sobre el estado financiero o laboral del asegurado indicado arriba, proveer dicha información a HCC Medical Insurance Services. Yo entiendo que tengo derecho a recibir una copia de esta autorización al solicitarla. Una copia tendrá la misma validez que la original. Esta autorización es válida por doce meses desde la fecha de la firma.

Firma del Asegurado:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:

Firma del Paciente:	
Nombre en Letra Molde:	Fecha:

AUTORIZACION DE LA ASIGNACION DE BENEFICIOS: Yo autorizo el pago de beneficios médicos al doctor u otro proveedor de servicios por anexas las facturas del mismo.

Firma del Asegurado:	Fecha:
----------------------	--------

LA LEY DEL ESTADO DE INDIANA NOS EXIGE QUE LE NOTIFIQUEMOS LO SIGUIENTE: Cualquier persona que intencionalmente trate de estafar o cometer fraude en contra de una aseguradora, introduciendo una reclamación con información falsa, incompleta o engañosa, está cometiendo un delito grave penado por la ley.