

RECIBO DEL PROVEEDOR Y SOLICITUD SERVICIOS DENTALES (DENTAL SERVICES FORM)

MODELO DENTAL 001



AL DORSO DE ESTE FORMULARIO ENCONTRARÁ LAS INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO
(INSTRUCTIONS FOR COMPLETING CLAIMS FORM ARE ON BACK OF FORM)

Concesionario Independiente de la BlueCross BlueShield Association

INFORMACIÓN DEL PACIENTE (PATIENT'S INFORMATION)

A. --

PRIMER APELLIDO (LAST NAME) SEGUNDO APELLIDO (SECOND NAME) NOMBRE DEL PACIENTE (NAME OF PATIENT) NÚMERO DE CONTRATO (CONTRACT NUMBER)

B. DIRECCIÓN DEL PACIENTE (PATIENT'S ADDRESS):

C. NOMBRE Y NÚMERO DEL GRUPO (GROUP NUMBER OR EMPLOYEES NAME)

D. TERRITORIO (TERRITORY)

P.R.
 E.U.
 FUERA DE P.R. Y E.U.

E. INDIQUE SI APLICA (INDICATE)

RADIOGRAFIAS INCLUIDAS (RADIOGRAPHS ENCLOSED)
 REPORTE INCLUIDO (REPORTS ENCLOSED)

F. INDIQUE SI TIENE OTRO PLAN DE SEGURO DENTAL (INDICATE ANY OTHER DENTAL PLAN)

NOMBRE DE LA COMPAÑIA (COMPANY NAME)

NÚMERO DE CONTRATO (CONTRACT NUMBER)

INFORMACIÓN DEL DENTISTA (DENTIST'S INFORMATION) NÚMERO DE PROVEEDOR (Provider codes)

G. ESPECIFIQUE NOMBRE, DIRECCIÓN, ESPECIALIDAD DEL DENTISTA (SPECIFY NAME, ADDRESS AND SPECIALTY OF DENTIST)

H. DIAGNÓSTICO Y/O TRATAMIENTO (DIAGNOSIS AND/OR TREATMENT)

ICD-9-CM

I. IDENTIFICAR DIENTES AUSENTES CON "X" (IDENTIFY MISSING TEETH WITH "X")	J. NÚM.DIENTE O LETRA (TOOTH NUMBER OR LETTER)	K. SUPERFICIE (SURFACE)	L. FECHA DE SERVICIO (DATE OF SERVICE)			M. CÓDIGO DE SERVICIO (SERVICE CODE)	N. NÚMERO DE SERVICIOS (NUMBER OF SERVICES)	O. DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (DESCRIPTION OF SERVICE)	P. PAGO RECIBIDO POR DENTISTA (PAYMENT RECEIVED BY DENTIST)
			MES (MONTH)	DIA (DAY)	AÑO (YEAR)				

Q. Certifico que estos servicios fueron prestados por mí, que no han sido facturados anteriormente y que recibí el pago que el asegurado indica en el espacio P.
I certify that these services have been rendered to the insured, they have not been previously billed and that payment was received by the amount indicated by the insured on space P.

FECHA (DATE) FIRMA AUTORIZADA - LIC.NUM (AUTHORIZED SIGNATURE - LIC. NO.)

R. Certifico que recibí y pagué los servicios aquí facturados y autorizo que se ofrezca a Triple-S, Salud cualquier información relacionada con esta reclamación.
I certify that the services on this claim have been received and paid by me, and I authorize the release of any information necessary to process this claim.

FECHA (DATE) FIRMA DEL PACIENTE (PATIENT'S SIGNATURE)

**INSTRUCCIONES
(INSTRUCTIONS)**

Lea cuidadosamente estas instrucciones; este formulario puede utilizarse solamente para solicitar reembolso por servicios de dentales. Use un formulario separado para cada dentista o proveedor. **Para recibir su reembolso a la mayor brevedad, favor de completar este formulario en todas sus partes.**

(Read carefully these instructions; this form may be used only to request reimbursement for dental services. Use separate forms for each dentist or provider. **In order to receive your reimbursement in the least amount of time, please fill this form completely.**

**ASEGURADO
(INSURED)**

A. Nombre completo.
(Full name)

Número de contrato.
(Contract number)

Esta información la tomará de su tarjeta de Triple-S Salud.
(This information must be taken directly from your Triple-S Salud card)

B. Dirección completa y teléfono.
(Complete address and telephone number)

C. Indique el número del grupo o nombre del patrono.
(Group's number or employer's name)

D. Territorio.
(Territory)

E. Indique si tiene radiografías o reporte incluido.
(Indicate if there is any radiographs or models enclosed)

F. Si tiene otro seguro dental, indique el nombre y número de contrato.
(If you have another dental plan, indicate the name of the company and your contact number)

**DENTISTA
(DENTIST)**

Favor de llenar su número de proveedor.
(Please fill your provider codes)

G. Indicar en letra de molde nombre, dirección y especialidad.
(Print name, address and specialty of physician or provider)

H. Indique el diagnóstico y el código de ICD-9-CM.
(Indicate diagnosis and ICD-9-CM)

I. Identificar dientes ausentes con "X".
(Identify missing teeth with "X")

J. Número de diente o letra.
(Tooth number or letter)

K. Superficie.
(Surface)

L. Fecha de servicio.
(Date of service)

M. Código de servicio.
(Service code)

N. Número de servicios.
(Number of services)

O. Descripción breve del servicio
(Brief description of service(s) rendered)

P. Cargo por el servicio (este se debe detallar individualmente por cada servicio)
(Detail amounts charged for each service(s))

Q. Firma del médico o proveedor y número de licencia.
(Signature of the physician or provider and license number)

R. Firma del asegurado.
(Signature of the insured)