

FORMULARIO DE RECLAMO DEL SEGURO ESCOLAR
EL FORMULARIO DE RECLAMO Y AVISO DE HERIDAS TIENE QUE SER ENVIADO A:

KidGuard Insurance, P.O. Box 140926, Orlando, FL 32814-0926

La compañía aseguradora suscriptor es Everest Reinsurance, Wilmington, DE.

PADRES: Las limitaciones y exclusiones de la póliza están al reverso del folleto que usted lleva a casa. La póliza no paga el 100% de los gastos médicos. Es secundario/sobrante a cualquier seguro primario. Debe presentar el reclamo con su seguro primario primero. Se requiere que un oficial de la escuela llene la PARTE B, si la herida es relacionada con la escuela. Este formulario no será tramitado o procesado a menos que todas las preguntas sean contestadas y todas las firmas sean colocadas debidamente. Es el deber del reclamante (padre / guardián) de proporcionar a la compañía con todos los recibos, facturas detalladas, explicación de beneficios del seguro primario y este reclamo. Visite www.kidguardinsurance.com para más información relacionada a cómo hacer un reclamo y donde obtener asistencia médica. ESTE FORMULARIO DE RECLAMO DEBE SER PRESENTADO DENTRO DE LOS 90 DIAS POSTERIORES AL ACCIDENTE. La póliza permite el envío de facturas hasta un año a partir de la fecha del accidente. No deje este formulario con su médico u hospital. Es responsabilidad del padre/guardián preguntar a los proveedores cual balance usted esta requerido pagar, si hay algún balance.

PARTE A: PADRE O GUARDIAN DEBE LLENAR Y FIRMAR ESTA PARTE. (Imprima sus respuestas por favor)

1. Nombre de la Escuela:	Condado/Distrito Escolar:	Grado:
2. Apellido del Estudiante:	Nombre:	Inicial:
3. Dirección del Padre:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
4. Teléfono del Hogar () -	Fecha de Nacimiento	/ /

5) NO PODEMOS PROCESAR SU RECLAMO A MENOS QUE NOS PROPORCIONE UNA DESCRIPCION DETALLADA DEL ACCIDENTE QUE CAUSO LA HERIDA. (Utilice el reverso de este formulario si necesita más espacio.)

6. Fecha de la herida: Mes _____ Día _____ Año _____ Hora _____ AM o PM Lugar del accidente: _____

7. Parte del cuerpo que fue herido/lesionado (brazo, rodilla, cabeza, etc): _____ () DERECHO () IZQUIERDO

8. El nombre de cualquier otro seguro que puede proporcionar los beneficios para esta herida. (Si ninguno, indique ninguno. **No deje esta línea en Blanco** _____). Otros seguros incluyen pero, no están limitados a los siguientes: HMO's, PPO's, BC/BS, United, Beneficios de Empleadores, ERISA, Medicaid, Welfare, Tri-care, etc. Por favor conteste las siguientes preguntas para acelerar nuestro procesamiento: ¿Cuál es su deducible o su pago fijo (si cualquiera)? \$ _____ . ¿Qué porcentaje paga su otro seguro después de que el deducible haya sido satisfecho? \$ _____ (ponga el porcentaje). **Si tiene un plan de Medicaid, por favor mande copia del frente y reverso de la tarjeta del seguro junto con este formulario.**

9. Dirección de la oficina de reclamos de la compañía de seguros en la línea 8: _____

10. Nombre de la madre y Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del Empleador de la madre: _____ Número de teléfono _____

11. Nombre del padre y Empleador: _____ Ocupación: _____
Dirección del Empleador del padre: _____ Número de teléfono _____

****Las respuestas antedichas son verdaderas y correctas. Autorizo por este medio a cualquier persona o institución enviar cualquier información pedida por la compañía de seguros o su agente, incluyendo la historia y examen físico, el diagnóstico u otra información médica o del seguro. Una copia estática de la foto de esta autorización será considerada como eficaz y válido como la original. LEY ESTATAL: "Cualquier persona que con conocimiento y con el intento a dañar, defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, introduce una declaración de demanda que contiene información falsa, incompleta o engañosa será culpable de un crimen de tercer grado." Por favor consulte las declaraciones de fraude específicas a su estado a continuación.*

12. FIRMA DEL PADRE/GUARDIAN: _____ FECHA: / / IMPRIMA SU NOMBRE: _____

PARTE B: ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA Y FIRMADA POR UN OFICIAL DE LA ESCUELA PARA TODAS LAS LESIONES RELACIONADAS CON LOS DEPORTES ESCOLARES. DEBE COMPLETARSE PARA TODAS LAS DEMAS LESIONES RELACIONADAS CON LA ESCUELA, A MENOS QUE EL ESTUDIANTE HAYA COMPRADO EL PLAN DE 24 HORAS.

PART B -MUST BE FILLED OUT BY SCHOOL OFFICIAL FOR ALL SCHOOL RELATED INJURIES

1. WE CANNOT PROCESS THIS CLAIM UNLESS YOU GIVE US A DETAILED DESCRIPTION OF HOW THE ACCIDENT OCURRED THAT CAUSED THE INJURY. (Use back of this form if more space is needed.) _____

2. Injury Date: Month _____ Day _____ Year _____ Time _____ AM or PM Part of body injured (include whether right or left) _____

3. At the time of the accident was the student involved in a school sponsored and supervised activity? YES NO
Please select or list the interscholastic sport or activity the student was participating in. Circle One.
P. E Class – Football Game – Football Practice – Soccer – Volleyball – Baseball – Softball – Track – Wrestling – Flag Football – Competitive Cheerleading
Rugby – Lacrosse – Sideline Cheerleading – Basketball OTHER LIST _____

4. What date has the Athlete returned to play? _____ Under whose supervision (witness)? _____

5. Print Name/Title of School Official _____ School phone Number: _____

6. Signature of School Official _____ (Only if injury is School Related) Date of this report: / /

Por favor envíe este formulario a KidGuard Insurance para hacer un reclamo. Please mail this form directly to KidGuard Insurance in order to establish a claim.

Por favor NO DEJE ESTE FORMULARIO en el consultorio medico u hospital. Envíe el formulario a KidGuard Insurance después de completarlo.

PARTE C: DECLARACION DEL MEDICO O DENTISTA (Attending physician or dentist statement). Se requieren facturas detalladas para determinar la elegibilidad de un reclamo. **Si el proveedor nos va a facturar directamente, NO es necesario que complete la PARTE C.** *Itemized bills are required to determine the eligibility of a claim. If the provider is going to bill us directly you do NOT need to have PART C completed.*

1. Diagnosis and Concurrent conditions. Explain any complications: _____
2. Date you first treated the sickness or injury ____ / ____ / ____ Dates of subsequent treatment: _____
3. When did the symptoms first appear? Date: _____
4. Were your services necessary solely because of the incident described in Part A (front)? YES NO Is treatment completed? YES NO
5. Did any previous injury, sickness or impairment contribute to this injury? YES NO If yes, explain details. _____

6. Did x-ray show fracture? YES NO If fracture or dislocation, state whether reduced or immobilized and what the procedure was?
_____ CPT / CRVS _____
7. Physician's Degree (M. D., etc.) _____ Print name of physician or dentist: _____
8. Federal Tax ID# (or Soc. Sec.#) _____ **(Benefits cannot be paid to you without this).**
9. Address of physician or dentist. STREET NUMBER _____
CITY _____ STATE _____ ZIP CODE _____ **Signature of physician or dentist:** _____

10. RECLAMOS DENTALES UNICAMENTE (FOR DENTAL CLAIMS ONLY):

Indicate which teeth were involved in the accident? _____

11. Describe condition of injured teeth prior to accident: **Circle Conditions:**

Filled – Capped – Artificial – Chipped – Broken – Crowned – Damaged – Abscessed – Otherwise Fitted- Whole, sound and natural – Other _____

POR FAVOR SIGA LAS SIGUIENTES INSTRUCCIONES PARA HACER UN RECLAMO AL SEGURO

1. Primero debe presentar su reclamo con su otra compañía de seguros (Principal/Primaria). Otros seguros incluyen, pero no se limitan a: HMO, PPO, BC/BS, United, Beneficios de Empleadores, HSA o Tri-care. Esta es una cobertura secundaria y es posible que no pague el 100 % de los gastos médicos incurridos. Cuando su seguro primario haya procesado su reclamo, envíe por correo una copia de la explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) y las facturas detalladas a KidGuard Insurance. **No podemos aceptar un estado de cuenta, se requiere una factura detallada.** **Nota importante: no deje el formulario de reclamación en el hospital o en el consultorio médico.** Los participantes pueden buscar tratamiento de cualquier proveedor de servicios con licencia. **Es responsabilidad de los participantes averiguar en qué gastos de bolsillo podrían incurrir. Por favor pregúntele a su proveedor de servicio si está en su red principal. Visite www.kidguardinsurance.com para obtener información sobre proveedores.**
2. **Se debe presentar el formulario de reclamo de seguro escolar completo dentro de los 90 días a partir de la fecha del accidente.** Si la condición está relacionada con la escuela o sucedió en la escuela, se debe completar la Parte B. Si la condición no ocurrió en la escuela, complete la Parte A y envíe el formulario por correo directamente a KidGuard Insurance. Para obtener información adicional, comuníquese con KidGuard Insurance al 1-800-432-6915.
3. La dirección postal del administrador del plan es: **KIDGUARD INSURANCE**
P. O Box 140926
Orlando, FL 32814-0926

Razones por las que se retrasa el procesamiento de las reclamaciones: **1.** Formularios de reclamación no completados en su totalidad o no enviados. **2.** El envío de los estados de cuenta de saldo adeudado o los estados de cuenta vencidos, en lugar de las facturas médicas detalladas correctas (UB04/92 o HCFA-1500), que son formularios estándar utilizados por proveedores de servicios o médicos. **3.** La explicación de los beneficios de la aseguradora principal no se proporcionó con las facturas correctas.

Si no recibimos su respuesta dentro de 45 días, cerraremos nuestro archivo. Sin embargo, al recibir la información solicitada, reabriremos el expediente y procesaremos su reclamo de acuerdo con las disposiciones de la póliza.

KidGuard es una división de DOXA Programs, LLC, una sociedad de responsabilidad limitada de Indiana. Todas las actividades y servicios relacionados con reclamaciones son realizados y proporcionados por DOXA Claims, LLC, una sociedad de responsabilidad limitada de Florida con licencia como administrador de reclamaciones de seguros en todas las jurisdicciones donde se prestan servicios. Para obtener más información sobre DOXA Programs, LLC o DOXA Claims, LLC, visite nuestro sitio web: www.doxa.com/compliance.

ADDITIONAL COMMENTS (Comentarios Adicionales):

DECLARACIONES DE AVISO DE FRAUDE

AVISO A LOS APLICANTES: “CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA DECLARACIÓN DE RECLAMACIÓN QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA, U OCULTE CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER HECHO MATERIAL RELACIONADO, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDULENTO QUE ES UN DELITO Y PUEDE SOMETER A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE ALASKA: “TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCION DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS, PRESENTE UNA RECLAMACION QUE CONTENGA INFORMACION, FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, PODRA SER PROCESADA CONFORME A LA LEY ESTATAL.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARKANSAS: “CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS PRESENTE UN RECLAMO FALSO O FRAUDULENTO 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 PUEDE ESTAR SUJETO A MULTAS Y CONFINAMIENTO EN PRISIÓN.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE ARIZONA: “PARA SU PROTECCIÓN, LA LEY DE ARIZONA EXIGE QUE LA SIGUIENTE DECLARACIÓN APAREZCA EN ESTE FORMULARIO: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ESTÁ SUJETA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE COLORADO: “ES ILEGAL PROPORCIONAR A SABIENDAS DATOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDAR O INTENTAR DEFRAUDAR A LA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PRISIÓN, MULTAS, DENEGACIÓN DEL SEGURO E INDEMNIZACIÓN POR DAÑOS CIVILES. CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS O AGENTE DE UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS QUE A SABIENDAS PROPORCIONE DATOS O INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA AL TITULAR DE LA PÓLIZA O AL RECLAMANTE CON RESPECTO A UN ACUERDO O INEMPLAZAMIENTO PAGADERO CON LOS INGRESOS DEL SEGURO DEBERÁ SER DENUNCIADO A LA DIVISIÓN DE SEGUROS DE COLORADO DENTRO DEL DEPARTAMENTO DE AGENCIAS REGULADORAS.”

SOLICITANTES RESIDENTES COLUMBIA: “ADVERTENCIA: CONSTITUYE UN DELITO PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA O ENGAÑOSA A UNA ASEGURADORA CON EL FIN DE DEFRAUDAR A DICHA ASEGURADORA O A CUALQUIER OTRA PERSONA. LAS SANCIONES INCLUYEN PENAS DE PRISIÓN Y/O MULTAS. ADEMÁS, UNA ASEGURADORA PODRÁ DENEGAR LOS BENEFICIOS DEL SEGURO SI EL SOLICITANTE PROPORCIONÓ INFORMACIÓN FALSA QUE GUARDARA UNA RELACIÓN SUSTANCIAL CON UNA RECLAMACIÓN.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE FLORIDA: “CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DAÑAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA DECLARACIÓN DE RECLAMO O UNA SOLICITUD QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN DELITO GRAVE DE TERCER GRADO.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE KANSAS: “CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, HAGA QUE SE PRESENTE O PREPARE CON CONOCIMIENTO O CREENCIA DE QUE SE PRESENTARÁ A/O POR UNA ASEGURADORA, SUPUESTA ASEGURADORA, CORREDOR O CUALQUIER AGENTE DE LA MISMA, CUALQUIER DECLARACIÓN ESCRITA COMO PARTE DE, O EN APOYO DE, UNA SOLICITUD PARA LA EMISIÓN O LA CALIFICACIÓN DE UNA PÓLIZA DE SEGURO, O UNA RECLAMACIÓN DE PAGO U OTRO BENEFICIO DE CONFORMIDAD CON UNA PÓLIZA DE SEGURO QUE DICHA PERSONA SABE QUE CONTIENE INFORMACIÓN MATERIALMENTE FALSA CON RESPECTO A CUALQUIER HECHO MATERIAL PARA ELLO, U OCULTE, CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN CON RESPECTO A CUALQUIER HECHO MATERIAL PARA ELLO, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRADUDULENTO QUE CONSTITUYE UN DELITO Y PUEDE SUJETAR A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE KENTUCKY: “CUALQUIER PERSONA QUE A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO QUE CONTENGA CUALQUIER INFORMACIÓN "MATERIALMENTE" FALSA, O QUE OCULTE CON EL PROPÓSITO DE ENGAÑAR, INFORMACIÓN SOBRE CUALQUIER HECHO MATERIAL RELACIONADO, COMETE UN ACTO DE SEGURO FRAUDALENTO, LO CUAL CONSTITUYE UN DELITO.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE LOUISIANA: TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO 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 PODRÍA SER OBJETO DE MULTAS Y PENAS DE PRISIÓN.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE MAINE: “CONSTITUYE UN DELITO PROPORCIONAR, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDARLA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PENAS DE PRISIÓN, MULTAS O LA DENEGACIÓN DE LOS BENEFICIOS DEL SEGURO.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE OHIO: “CUALQUIER PERSONA QUE, CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR O SABIENDO QUE ESTÁ FACILITANDO UN FRAUDE CONTRA CUALQUIER ASEGURADORA, PRESENTE UNA SOLICITUD O UN RECLAMO QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA O ENGAÑOSA ES CULPABLE DE UN ACTO DE FRAUDE DE SEGUROS.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE OKLAHOMA: “TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCION DE PERJUDICAR, DEFRAUDAR O ENGAÑAR A CUALQUIER ASEGURADOR, PRESENTE UNA RECLAMACION PARA OBTENER LOS BENEFICIOS DE UNA POLIZA DE SEGURO QUE CONTenga INFORMACION FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA, SERA CULPABLE DE DELITO GRAVE.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE OREGON: “TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCIÓN DE DEFRAUDAR —O DE INCITAR A OTRA PERSONA A DEFRAUDAR— A UNA ASEGURADORA: (1) MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE UNA SOLICITUD, O (2) MEDIANTE LA PRESENTACIÓN DE UNA RECLAMACIÓN QUE CONTenga UNA DECLARACIÓN FALSA RESPECTO A CUALQUIER HECHO SUSTANCIAL, PODRÍA ESTAR VIOLANDO LA LEY ESTATAL”

SOLICITANTES RESIDENTES DE PENNSILVANIA: “TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS Y CON LA INTENCION DE DEFRAUDAR A CUALQUIER COMPAÑÍA DE SEGUROS U OTRA PERSONA, PRESENTE UNA SOLICITUD DE SEGURO O UNA RECLAMACION QUE CONTenga INFORMACION SUSTANCIALMENTE FALSA, O QUE OCULTE, CON EL PROPOSITO DE INDUCIR A ERROR, INFORMACION RELATIVA A CUALQUIER HECHO SUSTANCIAL AL RESPECTO, COMETE UN ACTO FRAUDALIENTO DE SEGUROS, EL CUAL CONSTITUYE UN DELITO Y SUJETA A DICHA PERSONA A SANCIONES PENALES Y CIVILES.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE TENNESSEE: “ES UN DELITO PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDARLA. LAS SANCIONES INCLUYEN PRISIÓN, MULTAS Y DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE TEXAS: SI UNA ASEGURADORA DE VIDA, SALUD Y ACCIDENTES PROPORCIONA UN FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA QUE UNA PERSONA LO UTILICE A FIN DE PRESENTAR UNA RECLAMACIÓN, DICHO FORMULARIO DEBERÁ CONTENER LA SIGUIENTE DECLARACIÓN, O UNA SUSTANCIALMENTE SIMILAR: "CUALQUIER PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACIÓN FALSA O FRAUDULENTO PARA EL PAGO DE UNA PÉRDIDA ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRÍA SER OBJETO DE MULTAS Y DE RECLUSIÓN EN UNA PRISIÓN ESTATAL."

SOLICITANTES RESIDENTES DE VERMONT: “TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA DECLARACIÓN FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO PODRÍA SER CULPABLE DE UN DELITO PENAL Y ESTAR SUJETA A SANCIONES CONFORME A LA LEY ESTATAL.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE VIRGINIA: “ES UN DELITO PROPORCIONAR INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDARLA. LAS SANCIONES PUEDEN INCLUIR PRISIÓN, MULTAS Y DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE WASHINGTON: “CONSTITUYE UN DELITO PROPORCIONAR, A SABIENDAS, INFORMACIÓN FALSA, INCOMPLETA O ENGAÑOSA A UNA COMPAÑÍA DE SEGUROS CON EL FIN DE DEFRAUDAR A DICHA COMPAÑÍA. LAS SANCIONES INCLUYEN PENAS DE PRISIÓN, MULTAS Y LA DENEGACIÓN DE BENEFICIOS DEL SEGURO.”

SOLICITANTES RESIDENTES DE WEST VIRGINIA: “TODA PERSONA QUE, A SABIENDAS, PRESENTE UNA RECLAMACION FALSA O FRAUDALIENTO PARA EL PAGO DE UNA PERDIDA O BENEFICIO, O QUE, A SABIENDAS, PRESENTE INFORMACION FALSA EN UNA SOLICITUD DE SEGURO, ES CULPABLE DE UN DELITO Y PODRA SER OBJETO DE MULTAS Y PENAS DE PRISION.”

SAMPLE HCFA 1500

PLEASE DO NOT WRITE IN THIS AREA

HEALTH INSURANCE CLAIM FORM

APPROVED ONE-COLOR DESIGN

CARRIER

PATIENT AND INSURED INFORMATION

PHYSICIAN OR SUPPLIER INFORMATION

FORM HCFR-1500 (12-04) FORM RRR-1500 FORM COVER-1500

SAMPLE UB-04

UB-04

PAGE 01 OF 01

CREATION DATE

TOTALS

UNITEDHEALTHCARE SERVICE LLC

GREENSBORO SERVICE CENTER

P O BOX 74000

ATLANTA GA 30374-0800

PHONE: 1-800-638-8010

VISIT WWW.MYUHC.COM FOR SELF SERVICE

SAMPLE ADA DENTAL CLAIM FORM

American Dental Association Dental Claim Form

HEADERS INFORMATION

INSURANCE COMPANY/DENTAL BENEFIT PLAN INFORMATION

POLICYHOLDER/SUBSCRIBER INFORMATION

PATIENT INFORMATION

RECORD OF SERVICES PROVIDED

MISSING TEETH INFORMATION

AUTHORIZATIONS

ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION

TREATING DENTIST AND TREATMENT LOCATION INFORMATION

BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY

SAMPLE EOB (EXPLANATION OF BENEFITS)

UnitedHealthcare

EXPLANATION OF BENEFITS

1 2 3 4 5 6 7 8

PATIENT/RELAT CLAIM NUMBER	PROVIDER/SERVICE	DATE OF SERVICE	AMOUNT CHARGED	NOT COVERED	AMOUNT ALLOWED	COPY/ DEDUCTIBLE	PLAN COVERS	BENEFIT AVAILABLE	REMARK CODE
9061512101	MEDICAL SERVICES	09/19/10	379.00	297.83	81.17		80%	64.94*	4C
	TOTAL		379.00	297.83	81.17			64.94*	
								44.64	
								20.30	

MEDICARE PAID 44.64
PLAN PAYS 20.30

(*) INDICATES PAYMENT ASSIGNED TO PROVIDER

REMARK CODE(S) LISTED BELOW ARE REFERENCED IN THE "SERVICE DETAIL" SECTION UNDER THE HEADING "REMARK CODE"
(4C) THIS PLAN DETERMINES BENEFITS ONCE MEDICARE MAKES PAYMENT. IF MEDICARE PAYS LESS THAN THIS PLAN'S BENEFIT, THIS PLAN WILL CONSIDER THE DIFFERENCE. THIS PLAN'S ALLOWABLE BENEFITS ARE BASED ON THE MEDICARE APPROVED AMOUNT. IF THE PHYSICIAN OR PROVIDER ACCEPTED MEDICARE'S ASSIGNMENT OR ON THE LIMITING CHARGE IF THEY DID NOT ACCEPT THE ASSIGNMENT, THE PATIENT IS RESPONSIBLE FOR THE DIFFERENCE BETWEEN THE ALLOWABLE AMOUNT AND THE TOTAL AMOUNT PAID BY BOTH PLANS. THE PATIENT MUST PAY ANY APPLICABLE PLAN DEDUCTIBLES AND CO-PAYS BEFORE THIS PLAN CAN PAY ANY BENEFITS.

9 10

BENEFIT PLAN PAYMENT SUMMARY INFORMATION

11

SATISFIED 2010 TC-DATE	DEDUCTIBLE	OUT OF POCKET
FAMILY SA	\$1000.00	\$1328.77
FAMILY INDV	\$500.00	\$1281.45

12

PLAN YEAR	FAMILY	INDV	FAMILY	INDV
2010	\$1000.00	\$500.00	\$4000.00	\$4000.00

13