

**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)