

# ADA American Dental Association® Formulario de reclamo de atención dental

<b>INFORMACIÓN DEL ENCABEZADO</b>		
1. Tipo de transacción (marque todos los casilleros que correspondan) <input type="checkbox"/> Constancia de servicios recibidos <input type="checkbox"/> Solicitud de predeterminación/preautorización <input type="checkbox"/> EPSDT / Título XIX		
Número de predeterminación/preautorización		
<b>INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS/PLAN DE BENEFICIOS DENTALES</b>		
3. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal de la compañía/el plan		
<b>OTRA COBERTURA</b> (Marque el casillero que corresponda y complete los puntos 5 a 11. Si no tiene ninguna, déjelos en blanco). Si no tiene ninguna, déjelos en blanco).		
4. ¿Dental? <input type="checkbox"/> ¿Médica? <input type="checkbox"/> (Si tiene ambas, complete los puntos 5 a 11 solo para la cobertura dental).		
5. Nombre del Titular de la póliza/Asegurado en el punto n.º 4 (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)		
6. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	7. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	8. Identificación del Titular de la póliza/Asegurado (SSN o n.º de identificación)
9. Número de plan/grupo	10. Relación del paciente con la persona nombrada en el punto n.º 5 <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente <input type="checkbox"/> Otra	
11. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal de otra compañía de seguros/plan de beneficios dentales		
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL TITULAR DE LA PÓLIZA/ASEGURADO</b> (para la compañía de seguros nombrada en el punto n.º 3)		
12. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado y código postal del Titular de la póliza/Asegurado		
13. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	14. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	15. Identificación del Titular de la póliza/Asegurado (SSN o n.º de identificación)
16. Número de plan/grupo	17. Nombre del empleador	
<b>INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE</b>		
18. Relación con el Titular de la póliza/Asegurado nombrado en el punto n.º 12 <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Dependiente niño <input type="checkbox"/> Otra		19. Reservado para uso futuro
20. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado y código postal		
21. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)	22. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	23. Identificación del paciente/n.º de cuenta (asignado por el dentista)

REGISTRO DE SERVICIOS SUMINISTRADOS												
24. Fecha del procedimiento (MM/DD/AAAA)	25. Área de la cavidad oral	26. Sistema dentario	27. Número(s) o letra(s) de la pieza dental	28. Superficie dental	29. Código del procedimiento	29a. Indicador de diag.	29b. Cant.	30. Descripción	31. Tarifa			
1												
2												
3												
4												
5												
6												
7												
8												
9												
10												

33. Información sobre pieza dental faltante (coloque una "X" en cada pieza dental faltante).													34. Calificador de la Lista de códigos de diagnóstico <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> (ICD-9 = B; ICD-10 = AB)			31a. Otra(s) tarifa(s)			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	34a. Código(s) de diagnóstico A _____ C _____			
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	(Diagnóstico primario en "A") B _____ D _____		32. Tarifa total	

35. Comentarios

<b>AUTORIZACIONES</b> 36. Me han informado en qué consiste el plan de tratamiento y los cargos asociados. Me comprometo a pagar todos los cargos de los servicios dentales y los materiales que no pague mi plan de beneficios dentales, a menos que esté prohibido por ley, o que el dentista o el consultorio dental a cargo del tratamiento tengan un acuerdo contractual con mi plan que les prohíba la totalidad o parte de esos cargos. En la medida permitida por la ley, presto mi consentimiento para que usen y divulguen mi información sobre la salud protegida a fin de realizar las actividades de pago relacionadas con este reclamo. X Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____ 37. Por el presente autorizo y ordeno que los beneficios dentales que, de lo contrario, se me pagarían a mí, se le paguen directamente al dentista o la entidad dental que se mencionan a continuación. X Firma del Asegurado _____ Fecha _____	<b>INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE EL TRATAMIENTO/RECLAMO</b> 38. Lugar de tratamiento <input type="checkbox"/> (por ejemplo, 11=consultorio; 22=hospital para pacientes en consulta externa) (Use los "Códigos de lugar de servicio para reclamos profesionales") <input type="checkbox"/> 39. Adjuntos (S o N) <input type="checkbox"/> 40. ¿Es un tratamiento de ortodoncia? <input type="checkbox"/> No (Pase a 41-42) <input type="checkbox"/> Sí (Complete 41-42) 41. Fecha de colocación del aparato (MM/DD/AAAA) 42. Meses de tratamiento <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Complete 44) 43. Reemplazo de prótesis <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Complete 44) 44. Fecha de colocación anterior (MM/DD/AAAA) 45. Tratamiento a raíz de <input type="checkbox"/> Enfermedad/lesión ocupacional <input type="checkbox"/> Accidente automovilístico <input type="checkbox"/> Otro accidente 46. Fecha del accidente (MM/DD/AAAA) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Complete 44) 47. Estado del accidente automovilístico
<b>DENTISTA O ENTIDAD DENTAL QUE EMITE LA FACTURA</b> (Deje en blanco si el dentista o la entidad dental no presentan el reclamo en nombre del paciente o el asegurado/suscriptor). 48. Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal _____ 49. NPI _____ 50. Número de licencia _____ 51. SSN or TIN _____ 52. Número de teléfono _____ 52a. ID adicional del proveedor _____	<b>INFORMACIÓN SOBRE EL DENTISTA A CARGO DEL TRATAMIENTO Y EL LUGAR DONDE SE REALIZA</b> 53. Por el presente certifico que los procedimientos que se indican por fecha están en curso (para los procedimientos que requieren varias visitas) o se han completado. X Firma (Dentista a cargo del tratamiento) _____ Fecha _____ 54. NPI _____ 55. Número de licencia _____ 56. Dirección, ciudad, estado, código postal _____ 56a. Código de especialidad del proveedor _____ 57. Número de teléfono _____ 58. ID adicional del proveedor _____



## RECONOCIMIENTO DE LA INFORMACION DE SEGURO

1. Hemos verificado su información de seguro lo mejor que podemos. Completaremos un formulario de reclamación y lo enviaremos a su compañía de seguros por usted.
2. Cualquier exceso que su compañía de seguros pueda pagar será acreditado a su cuenta o reembolsado a usted una vez que la cuenta se pague en su totalidad. La mayoría de las compañías de seguros pagan la duración del tratamiento. Para su beneficio, estamos facturando a la compañía de seguros sobre una base de servicio que puede ser diferente de sus arreglos de pago.
3. Sus arreglos de pago se aplican independientemente del calendario de pago del seguro y hasta que la cuenta se pague en su totalidad. Algunas compañías de seguros no pagan con prontitud. Estamos dispuestos a completar y presentar formularios de seguro sin costo adicional, pero no podemos mantener cuentas atrasadas.
4. Su cuenta debe ser pagada en su totalidad antes de que los frenos sean eliminados, incluyendo cualquier cantidad pendiente adeudada / estimada de su compañía de seguros.
5. Las pólizas de seguro y los programas de pago pueden ser confusos, por lo que requerimos que los pacientes se comuniquen con su compañía de seguros para confirmar que sus supuestos con respecto a la cobertura para el tratamiento de ortodoncia son correctos. Los pacientes deben darse cuenta de que los servicios profesionales se prestan a una persona, y no a la compañía de seguros. Por lo tanto, el seguro no es una garantía de pago y debe ser responsabilidad de la persona para garantizar que su compañía de seguros está realizando pagos oportunos y de seguimiento con la oficina. No podemos prestar servicios en el supuesto de que los cargos serán pagados por una compañía de seguros. Sin embargo, ayudaremos en todo lo que podamos.

No dude en hacernos cualquier pregunta que le ayude a aclarar estas políticas para usted.

He leído y entiendo las políticas anteriores y reconozco mis responsabilidades.

X \_\_\_\_\_  
Firma de la Parte Responsable (adjunte copia de la Tarjeta de Seguro)

\_\_\_\_\_  
Nombre impreso de la parte responsable

Fecha \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona de Consulta