


ESTADO DE LA RECLAMACIÓN DENTAL

TIPO DE TRANSACCIÓN																												
1. <input type="checkbox"/> ESTADO DE SERVICIOS ACTUALES <input type="checkbox"/> SOLICITUD DE PREDETERMINACIÓN																												
 ENVÍO DE RECLAMACIONES POR CORREO			RENAISSANCE P.O. BOX 17250 INDIANAPOLIS, IN 46217																									
OTRA COBERTURA																												
2. ¿TIENE OTRA COBERTURA DENTAL O MÉDICA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI RESPONDIÓ NO, SALTE AL #11 <input type="checkbox"/> SÍ																												
3. MONTO DEL PAGO PRINCIPAL \$																												
4. NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE), DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL																												
5. FECHA DE NACIMIENTO																												
6. GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																												
7. IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR O TITULAR (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN)																												
8. PLAN/NÚMERO DE GRUPO																												
9. RELACIÓN CON EL PACIENTE <input type="checkbox"/> ÉL MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO																												
10. NOMBRE DE LA OTRA ASEGURADORA/PLAN DE BENEFICIOS DENTALES																												
INFORMACIÓN DEL SUSCRIPTOR																												
11. NOMBRE DEL SUSCRIPTOR (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE), DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL																												
12. FECHA DE NACIMIENTO																												
13. GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																												
14. IDENTIFICACIÓN DEL SUSCRIPTOR (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN)																												
15. PLAN/NÚMERO DE GRUPO																												
16. NOMBRE DEL EMPLEADOR																												
INFORMACIÓN DEL PACIENTE																												
17. NOMBRE DEL PACIENTE (APELLIDO, NOMBRE, INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE)																												
18. RELACIÓN CON EL SUSCRIPTOR <input type="checkbox"/> ÉL MISMO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> HIJO <input type="checkbox"/> OTRO																												
19. FECHA DE NACIMIENTO																												
20. GÉNERO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F																												
21. SI EL PACIENTE ES DEPENDIENTE MAYOR DE 19 AÑOS, POR FAVOR INDIQUE SU ESTADO <input type="checkbox"/> ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO <input type="checkbox"/> DISCAPACITADO TOTAL Y PERMANENTEMENTE <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE DE IRS <input type="checkbox"/> DEPENDIENTE PATROCINADO																												
SERVICIOS DENTALES																												
22. FECHA DEL SERVICIO MM/DD/AAAA	23. ZONA DE LA CARIES	24. NÚMERO O LETRA DEL DIENTE	25. SUPERFICIE DEL DIENTE	26. CÓDIGO DE PROCEDIMIENTO SEGÚN LA CDT	27. DESCRIPCIÓN	28. TARIFAS																						
1																												
2																												
3																												
4																												
5																												
6																												
7																												
8																												
9																												
10																												
DIENTES FALTANTES		PERMANENTES										TEMPORALES										29. TOTAL DE LOS CARGOS						
30. MARQUE UNA X EN LOS NÚMEROS DE DIENTES FALTANTES		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D		E	F	G	H	I	J
		32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	T	S	R	Q		P	O	N	M	L	K
OBSERVACIONES																												
31.																												
AUTORIZACIONES						INFORMACIÓN ADICIONAL DE LA RECLAMACIÓN																						
32. PARA PROPÓSITOS DE PAGO DE ESTA RECLAMACIÓN, AUTORIZO EL USO Y DIVULGACIÓN DE MI INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA, SEGÚN LO PERMITE LA LEY.						34. LUGAR DE TRATAMIENTO <input type="checkbox"/> CONSULTORIO DENTAL <input type="checkbox"/> HOSPITAL <input type="checkbox"/> CENTRO DE CONVALECENCIA (ECF) <input type="checkbox"/> OTRO																						
_____ FIRMA DEL PACIENTE/TUTOR						35. CANTIDAD DE ADJUNTOS RADIOGRAFÍAS _____ IMÁGENES DIGITALES _____ MOLDES _____																						
33. HASTA DONDE LO PERMITA LA LEY, POR ESTE MEDIO ASIGNO Y AUTORIZO EL PAGO DE LOS BENEFICIOS DENTALES, QUE DE OTRO MODO ME SERÍAN PAGADOS A MÍ, AL DENTISTA TRATANTE.						36. ¿SE RELACIONA EL TRATAMIENTO CON LA ORTODONCIA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ FECHA DE COLOCACIÓN DEL APARATO _____ MESES FALTANTES PARA COMPLETAR EL TRATAMIENTO _____																						
_____ FIRMA DEL SUSCRIPTOR						37. TRATAMIENTO RESULTADO DE: <input type="checkbox"/> ENFERMEDAD O LESIÓN OCUPACIONAL <input type="checkbox"/> ACCIDENTE VEHICULAR <input type="checkbox"/> OTRO TIPO DE ACCIDENTE																						
_____ FECHA						38. ¿REEMPLAZO DE PRÓTESIS? <input type="checkbox"/> SÍ FECHA DE LA COLOCACIÓN ANTERIOR _____ <input type="checkbox"/> NO																						
FACTURACIÓN DEL DENTISTA/CENTRO DENTAL (#40 - #43: USE EN CASO DE PRÁCTICA COLECTIVA/MÚLTIPLES UBICACIONES)						DENTISTA TRATANTE Y UBICACIÓN																						
39. NOMBRE, DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL						44. POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE HE REALIZADO LOS PROCEDIMIENTOS SEGÚN SE INDICA POR FECHA Y/O DESEO PREDETERMINAR LOS PROCEDIMIENTOS QUE NO TIENEN FECHA. SEGÚN MI JUICIO PROFESIONAL, LOS PROCEDIMIENTOS FUERON/SÓN NECESARIOS. X _____ FIRMA (DENTISTA TRATANTE) FECHA																						
40. NPI		41. NÚMERO DE LICENCIA		42. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA		45. NPI		46. NÚMERO DE LICENCIA		47. NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O DE IDENTIFICACIÓN TRIBUTARIA																		
43. NÚMERO DE TELÉFONO ()						48. DIRECCIÓN, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL (SI ES DIFERENTE A #39)																						
49. NÚMERO DE TELÉFONO ()						50. IDENTIFICACIÓN ADICIONAL DEL DENTISTA		51. CÓDIGO DE ESPECIALIDAD																				

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA RECLAMACIÓN ESCANEABLE

Las reclamaciones con documentos con escaneo óptico pueden disminuir dos o tres días el tiempo de proceso sobre aquellos que deben ser ingresados manualmente.

PARA QUE SE PUEDA HACER ESCANEÓ ÓPTICO A LAS RECLAMACIONES:

- Escriba claramente a mano o utilice una computadora e impresora para ingresar la información.
- Si es posible, utilice solo mayúsculas.
- Escriba o imprima con tinta negra o azul, no utilice tinta roja, verde ni resaltador de cualquier color.
- Ingrese la información en el campo correcto.
- Asegúrese de que la tinta o cinta de impresión sea oscura y que la impresión pueda leerse con facilidad.
- Cubra los errores con una línea de cinta adhesiva e imprima o escriba encima, no utilice corrector líquido.
- Utilice clips para sostener los adjuntos, cuando sea posible. Coloque los documentos engrapados solo en el margen inferior del formulario.

CAMPOS DEL 2 AL 21: INFORMACIÓN DEL PACIENTE/SUSCRIPTOR:

- Si el paciente tiene cobertura dental con otras aseguradoras, complete la sección de otra cobertura, del campo #2 al #10 (si no, déjelos en blanco). Llene en la cantidad del pago principal (#3) SOLO cuando la reclamación está facturando beneficios secundarios. No ingrese \$0 salvo que la determinación del pago de la agencia principal sea de \$0. NO ADJUNTE el comprobante de la aseguradora principal.
- Ingrese el nombre del paciente y del suscriptor en este orden: apellido, nombre, inicial del segundo nombre. No utilice títulos, como señor (sr.) o doctor (dr.).

CAMPOS DEL 22 AL 31, SERVICIOS DENTALES Y OBSERVACIONES:

- Impreso a máquina o a mano
- Cuando use impresora, use espacio doble e ingrese la información en las columnas correctas. Las fechas deben ser ingresadas sin separadores (/).
- Utilice los códigos de procedimientos actuales según la CDT de ADA.
- Utilice la sección de OBSERVACIONES (#31) para ingresar información que sea necesaria, como COB no estándar, códigos misceláneos, códigos para los cuales se necesite un informe o información de respaldo que ayude a procesar la reclamación de manera correcta. Mantenga los documentos en el campo designado. Información innecesaria atrasa los procesos.

CAMPOS DEL 39 AL 51, FACTURACIÓN DEL DENTISTA Y DENTISTA TRATANTE:

- El nombre del dentista o del negocio debe ingresarse en el campo #39, este debe coincidir con el nombre en el archivo de Renaissance.
- Ingrese el número de licencia y de identificación tributaria (TIN) del dentista tratante en los campos #46 y #47. Ingrese su Número de Identificación de Proveedor Nacional (NPI) en el campo #45.
- Los campos del #40 al #43 son opcionales para prácticas colectivas o prácticas con varias ubicaciones que tienen más de un NPI, licencia y/o TIN.

AVISO A TODAS LAS PARTES QUE COMPLETAN ESTE FORMULARIO:

Cualquier persona que con la intención de defraudar o sabiendo que él o ella está facilitando un fraude contra una compañía aseguradora, envíe una solicitud o presente un reclamo que incluya una declaración falsa o engañosa, es culpable de fraude de seguro.

RECLAMACIONES POR CORREO:	CONSULTAS POR CORREO:	TELÉFONO PARA RECIBIR INFORMACIÓN DE ELEGIBILIDAD Y BENEFICIOS
Renaissance P.O. Postal 17250 Indianapolis, IN 46217	Renaissance P.O Box 1596 Indianapolis, IN 46206	800-886-3908