



# 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