



ENVÍE LOS RECLAMOS DENTALES A:  
P.O. Box 17250  
Indianapolis, IN 46217

**INFORMACIÓN DEL ENCABEZADO**

1. Tipo de transacción (marque todas las opciones que apliquen)  
 Declaración de servicios proporcionados     Solicitud de predeterminación/autorización previa  
 EPSDT / Título XIX

2. Número de predeterminación/autorización previa

**INFORMACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES**

3. Compañía/Nombre del plan, dirección, ciudad, estado, código postal

**OTRA COBERTURA** (Marque la casilla que aplique y complete los puntos del 5 al 11. Si no aplica ninguna, déjela en blanco).

4. ¿Dental?  ¿Médica?  (Si tiene ambas, complete los puntos del 5 al 11 solo para la cobertura dental).

5. Nombre del Titular de la Póliza/Suscriptor del # 4 (Apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)

6. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)    7. Género  M  F  D    8. Identificación del Titular de la Póliza/Suscriptor (Asignado por el plan)

9. Número del plan/grupo    10. Parentesco del paciente con la persona nombrada en el punto #5  
 Solicitante     Cónyuge     Dependiente     Otro

11. Otra compañía aseguradora/Nombre del Plan de beneficios dentales, dirección, ciudad, estado, código postal

**INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/SUSCRIPTOR** (Asignado por el plan nombrado en #3)

12. Nombre del Titular de Póliza/Suscriptor (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado, código postal

13. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)    14. Género  M  F  D    15. Identificación del Titular de la Póliza/Suscriptor (Asignado por el plan)

16. Número del plan/grupo    17. Nombre del empleador

**INFORMACIÓN DEL PACIENTE**

18. Parentesco con el Titular de la Póliza/Suscriptor en el punto #12 anterior  
 Solicitante     Cónyuge     Dependiente     Hijo     Otro    19. Reservado para uso futuro

20. Nombre (Apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado, código postal

21. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)    22. Género  M  F  D    23. Identificación del Titular de la Póliza/Suscriptor (Asignado por el plan)

**REGISTRO DE SERVICIOS PROPORCIONADOS**

	24. Fecha del procedimiento (MM/DD/AAAA)	25. Área de la cavidad bucal	26. Sistema dental	27. Número(s) o letra(s) del diente	28. Superficie dental	29. Código del procedimiento	29a. Indicador de diagnóstico	29b. Cantidad	30. Descripción	31. Tarifa
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										

33. Información de los dientes faltantes (Marque una "X" en cada diente faltante).

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----

34. Calificador de la lista de códigos de diagnóstico  (ICD-10 = AB)

34a. Código(s) de diagnóstico    A \_\_\_\_\_ C \_\_\_\_\_  
 Diagnóstico principal en "A"    B \_\_\_\_\_ D \_\_\_\_\_

31a. Otra(s) tarifa(s)  
32. Tarifa total

35. Observaciones

**AUTORIZACIONES**

36. Fui informado(a) acerca del plan de tratamiento y las tarifas asociadas. Acepto la responsabilidad de todos los cargos por servicios dentales y materiales que no sean pagados por mi plan de beneficios dentales, a menos que sea prohibido por la ley, o el dentista tratante o el consultorio dental tenga un acuerdo contractual con mi plan y prohíba todos o una porción de dichos cargos. En la medida que lo permita la ley, doy mi consentimiento para el uso y divulgación de mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación con este reclamo.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor    Fecha

37. Por la presente autorizo y ordeno que los beneficios dentales, que de otra manera serían pagaderos a mí, sean pagados directamente al dentista o entidad dental mencionada a continuación.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor    Fecha

**RECLAMO ADICIONAL/INFORMACIÓN DE TRATAMIENTO**

38. Lugar del tratamiento  (p. ej. 11=consultorio; 22=hospital ambulatorio)    39. Adjuntos (S o N)   
 (Utilice "Códigos de lugares de servicio para reclamos profesionales")

40. ¿Es tratamiento de ortodoncia?  
 No (Omita 41 a 42)     Sí (Complete 41 a 42)    41. Fecha de colocación del aparato (MM/DD/AAAA)

42. Meses de tratamiento    43. Reemplazo de prótesis  
 No     Sí (Complete 44)    44. Fecha de colocación anterior (MM/DD/AAAA)

45. Tratamiento a causa de  
 Enfermedad/lesión ocupacional     Accidente de automóvil     Otro accidente

46. Fecha del accidente (MM/DD/AAAA)    47. Estado del accidente de automóvil

**DENTISTA O ENTIDAD DENTAL QUE EMITE LA FACTURA** (Deje este espacio en blanco si el dentista o entidad dental no va a presentar los reclamos en nombre del paciente o asegurado/suscriptor).

48. Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal

**INFORMACIÓN DE LA UBICACIÓN DEL DENTISTA TRATANTE Y EL TRATAMIENTO**

53. Por la presente certifico que los procedimientos indicados según la fecha están en curso (para procedimientos que requieren múltiples visitas) o han sido completados.

X \_\_\_\_\_  
Firma (Dentista tratante)    Fecha

49. NPI    50. Número de licencia    51. SSN o TIN

54. NPI    55. Número de licencia    56. Dirección, ciudad, estado, código postal    56a. Código de especialidad del proveedor

52. Número de teléfono ( ) -    52a. ID adicional del proveedor

52. Número de teléfono ( ) -    58. ID adicional del proveedor

La siguiente información resalta algunas instrucciones para llenar el formulario. Las instrucciones para completar el formulario integral de reclamo dental de la ADA se encuentran en el sitio web de la ADA, (<https://www.ADA.org/en/publications/cdt/ada-dental-claim-form>).

**INSTRUCCIONES GENERALES**

- A. El formulario está diseñado para que el nombre y la dirección (punto 3) del pagador externo que recibe el reclamo (compañía aseguradora/plan de beneficios dentales) sea visible en un sobre estándar de ventanilla #9 (ventana a la izquierda). Doble el formulario utilizando las 'marcas de verificación' impresas al margen.
- B. Complete todos los puntos, a menos que se indique lo contrario en el formulario o en las instrucciones publicadas en el sitio web de la ADA (ADA.org).
- C. Cuando un campo requiera un nombre o una dirección, escriba el nombre completo de una persona o el nombre comercial completo, dirección y código postal.
- D. Todas las fechas deben incluir el año con cuatro dígitos.
- E. Si el número de procedimientos reportados excede el número de líneas disponibles en un formulario de reclamo, enumere los procedimientos restantes en otro formulario de reclamo completado.
- F. Códigos de GÉNERO (puntos 7, 14 and 22) – M = Masculino; F = Femenino; D = Desconocido

**COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB, por sus siglas en inglés)**

Cuando presente un reclamo a un pagador secundario, complete todo el formulario y adjunte la Explicación de Beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) del pagador primario donde se muestre el monto pagado por el pagador primario. También puede anotar el monto pagado por la compañía aseguradora principal en el campo "Observaciones" (Punto 35).

**CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO**

El formulario permite reportar hasta cuatro diagnósticos por procedimiento dental. Esta información es necesaria cuando el diagnóstico puede afectar la adjudicación del reclamo cuando los procedimientos dentales específicos pueden minimizar los riesgos asociados a la relación entre las condiciones de la salud bucal y sistémica del paciente. Los códigos de diagnóstico se vinculan a los procedimientos a través de los siguientes campos:

- Punto 29a – Indicador de código de diagnóstico (De A" a "D" según corresponda del Punto 34a)
- Punto 34 – Calificador de la lista de códigos de diagnóstico (AB para ICD-10-CM)
- Punto 34a – Código(s) de diagnóstico / A, B, C, D (hasta cuatro, con el código principal junto a la letra "A")

**LUGAR DE TRATAMIENTO**

Ingrese el Código de 2 dígitos de lugar de servicio para reclamos profesionales, un código estándar de la HIPAA mantenido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Los códigos utilizados frecuentemente son:

11 = Consultorio; 12 = Hogar; 21 = Hospital para pacientes hospitalizados; 22 = Hospital para pacientes ambulatorios; 31 = Centro de enfermería especializada; 32 = Centro de enfermería

La lista completa está disponible en línea en: <https://www.cms.gov/Medicare/Medicare-Fee-for-Service-Payment/PhysicianFeeSched/Downloads/Website-POS-database.pdf>

**ESPECIALIDAD DEL PROVEEDOR**

Este código se ingresa en el Punto 56a e indica el tipo de profesional dental que proporcionó el tratamiento. El código general para "Dentista" puede ser utilizado en lugar de cualquiera de los otros códigos.

Código de la categoría / descripción	Código
<b>Dentista</b> Un dentista es una persona calificada que obtuvo un doctorado en cirugía dental (D.D.S., por sus siglas en inglés) o medicina dental (D.M.D., por sus siglas en inglés), certificado por el estado para practicar la odontología y ejercer dentro del alcance de dicha licencia.	122300000X
<b>Medicina general</b>	1223G0001X
<b>Especialidad dental</b> (consulte la siguiente lista)	Varios
Salud dental pública	1223D0001X
Endodoncia	1223E0200X
Ortodoncia	1223X0400X
Odontología pediátrica	1223P0221X
Periodoncia	1223P0300X
Prostodoncia	1223P0700X
Patología bucal y maxilofacial	1223P0106X
Radiología bucal y maxilofacial	1223D0008X
Cirugía bucal y maxilofacial	1223S0112X

Los códigos taxonómicos de los proveedores que se enumeraron anteriormente son una parte del grupo completo de códigos publicado en: <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/health-care-provider-taxonomy-code-set/>

## AVISOS DE ADVERTENCIA SOBRE FRAUDE:

**SI USTED VIVE EN UN ESTADO DONDE SE APLICA UNO DE ESTOS AVISOS DE FRAUDE, REVISE EL AVISO ESPECÍFICO DE SU ESTADO.**

- AL:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por 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 sujeta a restitución, multas o confinamiento en prisión, o cualquier combinación de los mismos.
- AK:** Cualquier persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a una compañía aseguradora presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o engañosa podría ser procesada según la ley estatal.
- AZ:** Para su protección, la ley de Arizona requiere que la siguiente declaración aparezca en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por el pago de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles.
- AR, LA, RI and WV:** cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio, o presente a sabiendas información falsa en una solicitud para el seguro, es culpable de un delito y puede estar sujeta a encarcelamiento.
- CA:** para protegerlo, la ley de California exige que el siguiente texto se incluya en este formulario. Cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a encarcelamiento en una prisión estatal. La ley de California prohíbe que las compañías aseguradoras requieran o usen una prueba de VIH como condición para obtener la cobertura de seguro médico.
- CO:** es ilegal proporcionar deliberadamente datos o información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar o intentar defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas, negación del seguro y daños civiles. Cualquier compañía aseguradora o agente de una compañía aseguradora que deliberadamente proporcione datos o información falsa, incompleta o engañosa a un titular de la póliza o demandante con el fin de defraudar o intentar defraudar al titular de la póliza o demandante respecto a un acuerdo o indemnización pagadera del producto del seguro se deberá denunciar ante la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras.
- CT, IL, MA, MI, MS and MO:** Cualquier persona que, con la intención de defraudar o sabiendo que está facilitando un fraude contra una aseguradora, presenta una solicitud o presenta una reclamación que contiene una declaración falsa o engañosa puede ser culpable de fraude de seguro.
- DE and IN:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de herir, defraudar o engañar a cualquier aseguradora, presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave.
- DC: ADVERTENCIA:** es un delito proporcionar información falsa o engañosa a una compañía aseguradora con el fin de defraudar a la compañía aseguradora o a cualquier otra persona. Las sanciones incluyen encarcelamiento y/o multas. Además, una compañía aseguradora puede negar los beneficios del seguro si el solicitante proporcionó información materialmente falsa relacionada con un reclamo.
- FL:** Cualquier persona que intencionalmente y con intención de herir, defraudar o engañar a cualquier aseguradora presenta una declaración de reclamación o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito grave del tercer grado.
- ID:** Cualquier persona que a sabiendas, y con la intención de defraudar o engañar a cualquier compañía de seguros, presenta una declaración de reclamo que contiene cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- KY:** cualquier persona que deliberadamente, y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona, presente una solicitud de seguro que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito.
- MD:** cualquier persona que a sabiendas o deliberadamente presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida o beneficio o que a sabiendas o deliberadamente presente información falsa en una solicitud para el seguro es culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y encarcelamiento en prisión.
- ME:** es un delito proporcionar deliberadamente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía aseguradora con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones pueden incluir encarcelamiento, multas o negación de los beneficios del seguro.
- MN:** A person who files a claim with intent to defraud or helps commit a fraud against an insurer is guilty of a crime.
- NH:** cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y deberá someterse a una sanción civil.
- NJ:** cualquier persona que incluya información falsa o engañosa en una solicitud para una póliza de seguro está sujeta a sanciones criminales o civiles.
- NM:** Cualquier persona que a sabiendas presente una reclamación falsa o fraudulenta por 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 sujeta a multas civiles y sanciones penales.
- NY:** Cualquier persona que a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona presenta una solicitud de seguro o declaración de reclamo que contiene cualquier información materialmente falsa, u oculta con el propósito de engañar, información relativa a cualquier material de hecho, comete un acto de seguro fraudulento, que es un delito, y también estará sujeto a una sanción civil que no exceda de cinco mil dólares y el valor declarado de la reclamación por cada una de esas violaciones.
- OH:** 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, puede ser culpable de fraude de seguro.
- OK: ADVERTENCIA:** cualquier persona que deliberadamente y con intención de perjudicar, defraudar o engañar a cualquier compañía aseguradora, presente un reclamo del producto de seguro que incluya cualquier información falsa, incompleta o engañosa es culpable de un delito.
- PA:** cualquier persona que deliberadamente y con la intención de defraudar a cualquier compañía aseguradora o a otra persona presente una solicitud de seguro o una declaración de reclamo que contenga información materialmente falsa o que oculte información relacionada con cualquier hecho material de este con el propósito de engañar, comete un acto de seguro fraudulento, lo cual es un delito y somete a dicha persona a sanciones criminales y civiles.
- TN:** Es un delito proporcionar a sabiendas información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las sanciones incluyen prisión, multas o denegación de beneficios de seguro.
- TX:** cualquier persona que a sabiendas presente un reclamo falso o fraudulento para el pago de una pérdida es culpable de un crimen y puede estar sujeta a encarcelamiento en una prisión estatal.
- VA:** 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, PODRÍA HABER VIOLADO UNA LEY ESTATAL.
- WA:** Es un crimen dar a conocer intencionalmente información falsa, incompleta o engañosa a una compañía de seguros con el propósito de defraudar a la compañía. Las multas incluyen encarcelamiento, multas y denegación de beneficios del seguro.