

ADA American Dental Association® Formulario de reclamo de atención dental

INFORMACIÓN DEL ENCABEZADO			INFORMACIÓN SOBRE EL TITULAR DE LA PÓLIZA/ASEGURADO (para la compañía de seguros nombrada en el punto n.º 3)		
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			12. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado y código postal del Titular de la póliza/Asegurado		
Número de predeterminación/preautorización			13. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		
INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS/PLAN DE BENEFICIOS DENTALES			14. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
3. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal de la compañía/el plan			15. Identificación del Titular de la póliza/Asegurado (SSN o n.º de identificación)		
OTRA COBERTURA (Marque el casillero que corresponda y complete los puntos 5 a 11. Si no tiene ninguna, déjelos en blanco).			16. Número de plan/grupo		
4. ¿Dental? <input type="checkbox"/> ¿Médica? <input type="checkbox"/> (Si tiene ambas, complete los puntos 5 a 11 solo para la cobertura dental).			17. Nombre del empleador		
5. Nombre del Titular de la póliza/Asegurado en el punto n.º 4 (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)			INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE		
6. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)			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		
7. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F			19. Reservado para uso futuro		
8. Identificación del Titular de la póliza/Asegurado (SSN o n.º de identificación)			20. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado y código postal		
9. Número de plan/grupo			21. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)		
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			22. Sexo <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F		
11. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal de otra compañía de seguros/plan de beneficios dentales			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 _____	
35. Comentarios																32. Tarifa total					

AUTORIZACIONES			INFORMACIÓN SECUNDARIA SOBRE EL TRATAMIENTO/RECLAMO		
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.			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")		
X Firma del paciente/tutor _____ Fecha _____			39. Adjuntos (S o N) <input type="checkbox"/>		
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.			40. ¿Es un tratamiento de ortodoncia? <input type="checkbox"/> No (Pase a 41-42) <input type="checkbox"/> Sí (Complete 41-42)		
X Firma del Asegurado _____ Fecha _____			41. Fecha de colocación del aparato (MM/DD/AAAA)		
			42. Meses de tratamiento		
			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)		
			47. Estado del accidente automovilístico		
DENTISTA O ENTIDAD DENTAL QUE EMITE LA FACTURA (Deje en blanco si el dentista o la entidad dental no presentan el reclamo en nombre del paciente o el asegurado/suscriptor).			INFORMACIÓN SOBRE EL DENTISTA A CARGO DEL TRATAMIENTO Y EL LUGAR DONDE SE REALIZA		
48. Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal			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 _____		
49. NPI			54. NPI		
50. Número de licencia			55. Número de licencia		
51. SSN or TIN			56. Dirección, ciudad, estado, código postal		
			56a. Código de especialidad del proveedor		
52. Número de teléfono			57. Número de teléfono		
52a. ID adicional del proveedor			58. ID adicional del proveedor		

La siguiente información hace hincapié en determinadas instrucciones para completar el formulario. El conjunto total de instrucciones para completar el Formulario de reclamo de atención dental de la ADA está impreso en el manual de la CDT. Si hay alguna actualización de estas instrucciones, se publicará en el sitio web de la ADA (ADA.org).

INSTRUCCIONES GENERALES

- El formulario está diseñado para que el nombre y la dirección (Punto 3) del pagador externo que recibe el reclamo (compañía de seguros/plan de beneficios dentales) queden visibles en un sobre de ventanilla estándar n.º 9 (la ventana está a la izquierda). Pliegue el formulario por las marcas impresas en el margen.
- Complete todos los puntos a menos que se indique lo contrario en el formulario o en las instrucciones del manual de la CDT.
- Cuando tenga que completar el campo de un nombre y una dirección, ingrese el nombre completo de una persona o un nombre comercial completo, la dirección y el código postal.
- Todas las fechas deben incluir el año expresado con cuatro dígitos.
- Si la cantidad de procedimientos informados supera la cantidad de renglones disponibles en un formulario de reclamo, haga una lista del resto de los procedimientos en un formulario de reclamo aparte, que deberá completar en su totalidad.

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Cuando se envíe un reclamo al pagador secundario, complete todo el formulario y adjunte la Explicación de beneficios (EOB, por sus siglas en inglés) del pagador primario en la que se indique la cantidad que pagó el pagador primario. También puede anotar la cantidad que pagó la compañía de seguros primaria en el campo "Comentarios" (Punto 35). En el manual de la CDT podrá encontrar más instrucciones detalladas para completar el formulario.

CODIFICACIÓN DE DIAGNÓSTICOS

El formulario permite informar hasta cuatro códigos de diagnóstico por procedimiento dental. Esta información se exige cuando el diagnóstico puede afectar la adjudicación del reclamo en casos en los que algún procedimiento dental específico pueda minimizar los riesgos asociados a la vinculación entre las afecciones bucales y las afecciones sistémicas del paciente. Los códigos de diagnóstico se vinculan con los procedimientos usando los siguientes campos:

- Punto 29a - Indicador de código de diag. ("A" a "D", según corresponda del Punto 34a)
- Punto 34 - Calificador de la Lista de códigos de diagnóstico (B para ICD-9-CM; AB para ICD-10-CM)
- Punto 34a - Código(s) de diagnóstico / A, B, C, D (hasta cuatro; el primario junto a la letra "A")

LUGAR DE TRATAMIENTO

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

- 11 = Consultorio; 12 = Hogar; 21 = Hospital para pacientes internados; 22 = Hospital para pacientes en consulta externa; 31 = Instalaciones de enfermería especializada; 32 = Instalaciones de cuidados especiales

La lista completa está disponible en línea en "www.cms.gov/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 brindó el tratamiento. El código general que figura como "Dentista" puede usarse en lugar de cualquiera de los demás códigos.

Categoría / Código de descripción	Código
Dentista Un dentista es una persona que ha obtenido el título de doctorado en cirugía dental (D.D.S., por sus siglas en inglés) o medicina dental (D.M.D., por sus siglas en inglés), a quien el estado le ha otorgado una licencia para ejercer la odontología y que ejerce dentro del alcance de su licencia.	122300000X
Medicina general	1223G0001X
Especialidad dental (consulte la siguiente lista)	Varios
Salud dental pública	1223D0001X
Endodoncia	1223E0200X
Ortodoncia	1223X0400X
Odontopediatría	1223P0221X
Periodoncia	1223P0300X
Prótesis	1223P0700X
Patología Oral y Maxilofacial	1223P0106X
Radiología Oral y Maxilofacial	1223D0008X
Cirugía Oral y Maxilofacial	1223S0112X

Los códigos taxonómicos para proveedores que se indican arriba son un subconjunto del conjunto de códigos completo que se publica en "www.wpc-edi.com/codes/taxonomy"

Advertencia: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra la compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro.

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LOS RECLAMOS

Residentes de Alaska: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a una compañía de seguros, presente un reclamo que contenga información falsa, incompleta o que conduce a engaño, podrá ser sometida a un proceso judicial en virtud de la ley estatal.

Residentes de Arizona: Para su protección, las leyes de Arizona exigen que la siguiente declaración aparezca en este formulario o lo acompañe. Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida está sujeta a sanciones penales y civiles. La autorización seguirá vigente mientras dure su cobertura. Usted o su representante designado tienen derecho a recibir una copia de este formulario de reclamo.

Residentes de California: Para su protección, las leyes de California exigen que este párrafo aparezca en este formulario o lo acompañe. Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en la prisión estatal.

Residentes de Colorado: Es ilegal suministrar a sabiendas información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella o intentar hacerlo. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, denegación del seguro e indemnización por daños y perjuicios. Toda compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que, a sabiendas, suministre información o datos falsos, incompletos o que conduzcan a engaño al titular de una póliza o a la persona que presenta un reclamo, con el fin de cometer fraude contra dicho titular o dicha persona, o intentar hacerlo, con respecto a un arreglo negociado o laudo pagaderos con fondos del seguro, deberá denunciarse a la División de Seguros de Colorado del Departamento de Agencias Reguladoras.

Residentes del Distrito de Columbia: ADVERTENCIA: Suministrar información falsa o que conduce a engaño a una aseguradora con el fin de cometer fraude contra dicha aseguradora u otra persona será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión y/o multas. Además, la aseguradora podrá negarse a brindar los beneficios del seguro si el solicitante suministró información falsa relacionada sustancialmente con un reclamo.

Residentes de Florida: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de generar perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, presente un comprobante de reclamo o una solicitud que contenga información falsa, incompleta o que conduce a engaño, es culpable de delito en tercer grado.

Residentes de Kentucky: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito.

Residentes de Maine: Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones pueden incluir prisión, multas o la denegación de los beneficios del seguro.

Residentes de Maryland: Toda persona que presente a sabiendas o intencionalmente un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas o intencionalmente información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en prisión.

Residentes de Minnesota: Toda persona que presente un reclamo con la intención de cometer fraude o ayudar a cometer fraude contra una aseguradora será culpable de cometer un delito.

Residentes de New Hampshire: Toda persona que, con el fin de generar un perjuicio, fraude o engaño a cualquier aseguradora, presente un comprobante de reclamo con información falsa, incompleta o que conduzca a engaño, podrá ser juzgada y castigada por el delito de fraude contra el seguro, según lo dispuesto en RSA 638:20.

Residentes de New Jersey: Toda persona que presente a sabiendas un comprobante de reclamo que contenga información falsa o que conduce a engaño está sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de New York: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y también estará sujeta a una sanción civil que no superará los \$5000 y el valor declarado del reclamo por cada violación de esta naturaleza.

Residentes de Ohio: Toda persona que, con la intención de realizar un fraude, o sabiendo que está facilitando un fraude contra cualquier aseguradora, presente una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, será culpable de fraude contra el seguro.

Residentes de Oregon: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona: (1) presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa; o (2) con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho material, es posible que haya cometido un acto fraudulento con respecto al seguro.

Residentes de Pennsylvania: Toda persona que, a sabiendas y con la intención de cometer fraude contra cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una solicitud de seguro o un comprobante de reclamo que contenga información sustancialmente falsa o que, con el fin de engañar, oculte información sobre algún hecho material, comete un acto fraudulento con respecto al seguro, que constituye un delito, y estará sujeta a sanciones penales y civiles.

Residentes de Rhode Island: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida o beneficio, o que presente a sabiendas información falsa en una solicitud de seguro, será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en prisión.

Residentes de Tennessee: Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una compañía de seguros, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

Residentes de Texas: Toda persona que presente a sabiendas un reclamo falso o fraudulento para la compensación de una pérdida será considerada culpable de cometer un delito y podrá ser multada o reclusa en la prisión estatal.

Residentes de Virginia: Toda persona que, con la intención de cometer fraude, o sabiendo que está facilitando un fraude contra cualquier aseguradora, presente una solicitud o realice un reclamo que contenga una declaración falsa o engañosa, podrá haber incurrido en violación de la ley estatal.

Residentes de Washington: Suministrar a sabiendas información falsa, incompleta o que conduzca a engaño a una aseguradora, con el fin de cometer fraude contra ella, será considerado un delito. Las sanciones incluyen prisión, multas y denegación de los beneficios del seguro.

*Los planes dentales de Cigna son brindados exclusivamente por las subsidiarias operativas de Cigna Corporation, o a través de ellas, que incluyen a Cigna Health and Life Insurance Company, Connecticut General Life Insurance Company, Cigna HealthCare of Connecticut, Inc. y Cigna Dental Health, Inc. y sus subsidiarias, incluidas Cigna Dental Health Plan of Arizona, Inc., Cigna Dental Health of California, Inc., Cigna Dental Health of Colorado, Inc., Cigna Dental Health of Delaware, Inc., Cigna Dental Health of Florida, Inc., Cigna Dental Health of Kansas, Inc. (KS y NE), Cigna Dental Health of Kentucky, Inc. (KY e IL), Cigna Dental Health of Maryland, Inc., Cigna Dental Health of Missouri, Inc., Cigna Dental Health of New Jersey, Inc., Cigna Dental Health of North Carolina, Inc., Cigna Dental Health of Ohio, Inc., Cigna Dental Health of Pennsylvania, Inc., Cigna Dental Health of Texas, Inc. y Cigna Dental Health of Virginia, Inc. El nombre de Cigna, y el logo y otras marcas de Cigna son de propiedad de Cigna Intellectual Property, Inc.