

ADA American Dental Association® Formulario de reclamación dental

INFORMACIÓN PARA EL ENCAJADO										Para su protección, la ley de California requiere que aparezca lo siguiente en este formulario. Cualquier persona que presente conscientemente información falsa o fraudulenta para obtener o modificar cobertura de seguro o presentar una reclamación para el pago de una pérdida será culpable de un delito y puede estar sujeta a multas y reclusión en prisión estatal.													
1. Tipo de transacción (marque todas las casillas correspondientes)																							
☐ Declaración de servicios reales ☐ Solicitud de predeterminación/preautorización ☐ EPSDT/Título XIX																							
2. Número de predeterminación/preautorización										INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA/SUSCRIPTOR (asignado por el plan mencionado en el punto 3)													
INFORMACIÓN DEL PLAN DE BENEFICIOS DENTALES										12. Nombre del titular de la póliza/suscriptor (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado, código postal													
3. Nombre de la compañía/plan, 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)					
OTRA COBERTURA (marque la casilla correspondiente y complete los puntos 5 a 11; si no corresponde, deje en blanco)										16. Número de plan/grupo					17. Nombre del empleador								
4. ¿Dental? ☐ ¿Médica? ☐ (si corresponden ambas, complete los puntos 5 a 11 solo para la cobertura dental)										INFORMACIÓN DEL PACIENTE													
5. Nombre del titular de la póliza/suscriptor en el punto 4 (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)										18. Relación con el titular de la póliza/suscriptor que se menciona en el punto 12 ☐ Él/Ella mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Hijo/a dependiente ☐ Otro					19. Reservado para uso futuro								
6. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)				7. Género ☐ M ☐ F ☐ D			8. Identificación del titular de la póliza/suscriptor (asignado por el plan)			20. Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado, código postal													
9. Número de plan/grupo				10. Relación del paciente con la persona mencionada en el punto 5 ☐ Él/Ella mismo(a) ☐ Cónyuge ☐ Dependiente ☐ Otro						21. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)													
11. Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal de otra compañía de seguro/plan de beneficios dentales										22. Género ☐ M ☐ F ☐ D					23. Identificación del paciente/núm. de cuenta (asignado por el dentista)								
REGISTRO DE SERVICIOS PRESTADOS																							
		24. Fecha de procedimiento (MM/DD/AAAA)	25. Área de la cavidad oral	26. Sistema dental	27. Número(s) o letra(s) de a pieza dental	28. Superficie de la pieza dental	29. Código de procedimiento	29a. Indicador del código de diagnóstico	29b. Cantidad	30. Descripción					31. Cargo								
1																							
2																							
3																							
4																							
5																							
6																							
7																							
8																							
9																							
10																							
33. Información sobre las piezas dentales faltantes (coloque una "X" en cada pieza dental faltante)										34. Calificador de la lista de códigos de diagnóstico					(ICD-10 = AB)					31a. Otro(s) cargo(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 principal en "A") B					D					32. Cargo total			
35. Observaciones																							
AUTORIZACIONES										INFORMACIÓN AUXILIAR SOBRE LA RECLAMACIÓN O EL TRATAMIENTO													
36. Me han informado el plan de tratamiento y los cargos asociados. Acepto ser responsable de todos los cargos por servicios dentales y materiales no cubiertos por mi plan de beneficios dentales, a menos que la ley lo prohíba o que el dentista trate o el consultorio dental tenga un acuerdo contractual con mi plan que prohíba todos los cargos o una parte de estos. En la medida permitida por la ley, doy mi consentimiento para que utilice y divulgue mi información de salud protegida para llevar a cabo actividades de pago en relación con esta reclamación.										38. Lugar de tratamiento _____ (por ejemplo, 11 = consultorio; 22 = hospital ambulatorio) (use "Códigos de lugar de servicio para reclamaciones profesionales")												39. Documentos adjuntos (Sí o No) ☐	
X Firma del padre/madre/tutor _____ Fecha _____										40. ¿El tratamiento es para ortodoncia? ☐ No (omitir 41-42) ☐ Sí (complete los puntos 41 a 42)												41. Fecha de colocación del aparato (MM/DD/AAAA)	
37. Por el presente, autorizo y ordeno que el pago de los beneficios dentales (que de otro modo recibiría yo) se efectúe directamente al dentista o a la entidad dental que se menciona a continuación.										42. Meses de tratamiento					43. Reemplazo de prótesis ☐ No. ☐ Sí (complete el punto 44)					44. Fecha de colocación anterior (MM/DD/AAAA)			
X Firma del suscriptor _____ Fecha _____										45. Tratamiento resultado de ☐ una enfermedad/lesión laboral ☐ un accidente automovilístico ☐ otro accidente													
DENTISTA O ENTIDAD DENTAL QUE FACTURA (deje en blanco si el dentista o la entidad dental no está presentando la reclamación en nombre del paciente o el asegurado/suscriptor)										46. Fecha del accidente (MM/DD/AAAA)					47. Estado del accidente automovilístico								
48. Nombre, dirección, ciudad, estado, código postal										INFORMACIÓN DEL DENTISTA TRATANTE Y DEL LUGAR DE TRATAMIENTO													
										53. Certifico por la presente que los procedimientos indicados por fecha están en progreso (en el caso de procedimientos que requieren múltiples visitas) o han sido completados. X _____ Firmado (dentista tratante) _____ Fecha _____													
49. Número de Identificación del Proveedor (NPI)					50. Número de licencia					51. Número de Seguro Social (SSN) o Número de Identificación Fiscal (TIN)					54. Número de Identificación del Proveedor (NPI)					55. Número de licencia			
															56. Dirección, ciudad, estado, código postal					56a. Código de especialidad del proveedor			
52. Número de teléfono					52a. Identificación del proveedor adicional					57. Número de teléfono					58. Identificación del proveedor adicional								

La siguiente información destaca ciertas instrucciones para completar el formulario. Las instrucciones completas para llenar el Formulario de reclamación dental de la ADA están publicadas 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 tercero pagador que recibe la reclamación (compañía de seguro/plan de beneficios dentales) sean visibles en un sobre estándar de ventana núm. 9 (ventana a la izquierda). Doble el formulario utilizando las “marcas” impresas en el 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. Ingrese el nombre completo de una persona o el nombre completo de un negocio, la dirección y el código postal cuando se requiera un campo de nombre y dirección.
- D. Todas las fechas deben incluir el año de cuatro dígitos.
- E. Si la cantidad de procedimientos informados supera la cantidad de líneas disponibles en un formulario de reclamación, enumere los procedimientos restantes en un formulario de reclamación separado que haya completado en su totalidad.
- F. Códigos de GÉNERO (puntos 7, 14 y 22) – M = Masculino; F = Femenino; D = Desconocido

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (COB)

Cuando envíe una reclamación al pagador secundario, complete todo el formulario y adjunte la Explicación de Beneficios (EOB) del pagador primario que muestra el monto pagado por el pagador primario. También puede indicar el monto pagado por la compañía de seguros principal en el campo de “Observaciones” (punto 35).

CÓMO APLICAR LOS CÓDIGOS DE DIAGNÓSTICO

El formulario permite informar hasta cuatro códigos de diagnóstico por procedimiento dental. Esta información es necesaria cuando el diagnóstico puede afectar la adjudicación de la reclamación porque ciertos procedimientos dentales específicos pueden minimizar los riesgos asociados con la conexión entre las condiciones de salud oral y sistémica del paciente. Los códigos de diagnóstico están vinculados a los procedimientos mediante los siguientes campos:

- Punto 29a: indicador del código de diagnóstico (de “A” a “D”, según corresponda desde el 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 diagnóstico principal junto a la letra “A”)

LUGAR DE TRATAMIENTO

Ingrese el código de 2 dígitos del lugar de servicio para reclamaciones profesionales, un estándar en virtud de la ley HIPAA mantenido por los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Los códigos frecuentemente utilizados son los siguientes:

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

La lista completa se encuentra 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 realizó el tratamiento. El código general que figura como “Dentista” se puede utilizar en lugar de cualquiera de los otros códigos.

Código de categoría/descripción	Código
Dentista Un dentista es una persona calificada con un doctorado en cirugía dental (D.D.S.) o medicina dental (D.M.D.), certificado por el estado para ejercer la odontología y que se desempeña dentro del alcance de esa certificación.	122300000X
Práctica general	1223G0001X
Especialidad dental (ver la siguiente lista)	Diversos
Salud pública dental	1223D0001X
Endodoncia	1223E0200X
Ortodoncia	1223X0400X
Odontología pediátrica	1223P0221X
Periodoncia	1223P0300X
Prostodoncia	1223P0700X
Patología oral y maxilofacial	1223P0106X
Radiología oral y maxilofacial	1223D0008X
Cirugía oral y maxilofacial	1223S0112X

Los códigos de taxonomía del proveedor mencionados anteriormente son un subconjunto del conjunto completo de códigos que se encuentra publicado en <http://www.wpc-edi.com/reference/codelists/healthcare/health-care-provider-taxonomy-code-set/>.