

# Información del Seguro

Localidad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre del Paciente

\_\_\_\_\_  
Número de Cuenta del Paciente

\_\_\_\_\_  
Fecha

Si usted tiene un plan de seguro o contrato de unión el cual paga parte de su pago de ortodoncia, estaremos encantados de asistirle para reclamar sus beneficios. Con un número en aumento de programas de seguros dentales, nos resulta imposible tener conocimiento completo y exacto acerca de todos estos programas y el estado de nuestro paciente con respecto a su propio programa. Para facilitar la tramitación de su reclamación hemos adoptado los siguientes procedimientos estandarizados:

1. Con el fin de procesar su reclamo de seguro correctamente, necesitamos la siguiente información. Esto se puede obtener contactando su compañía de seguros o al departamento de personal de su lugar de empleo.

Nombre de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Dirección de la Compañía Aseguradora \_\_\_\_\_

Nombre del Suscriptor \_\_\_\_\_ Numero del Suscriptor \_\_\_\_\_

Fecha de Nacimiento del Suscriptor \_\_\_\_\_ Nombre y Número del Grupo \_\_\_\_\_

Fecha de Efectividad \_\_\_\_\_ Máximo de por Vida \$ \_\_\_\_\_ Pagado a \_\_\_\_\_ %

Circule Uno: Paga:  Mensual  Trimestral  Otro Paga:  Automáticamente  Al ser Facturado

2. Una vez que hayamos recibido su información de seguro y beneficios del plan completaremos nuestra parte del formulario de solicitud y lo enviaremos a su compañía de seguros.
3. Basamos todos los planes asignados de seguros en un copago del 50%. Cualquier pago en exceso de su compañía aseguradora será acreditado a su cuenta o reembolsado a usted una vez la cuenta sea pagada en su totalidad. La mayoría de las compañías de seguros pagan durante la duración del tratamiento. Por su propio beneficio le estamos facturando a la compañía aseguradora en base a pago por servicio el cual puede ser diferente a sus arreglos de pago.
4. Sus arreglos de pago aplicaran *independientemente del itinerario de pago de su aseguradora y hasta que la cuenta sea pagada en su totalidad*. Algunas compañías aseguradoras no pagan puntualmente. Estamos dispuestos a llenar y someter los formularios de seguros sin costo adicional, pero no podremos mantener cuentas en atraso.
5. Su cuenta debe ser pagada en su totalidad antes de que los frenillos le sean retirados incluyendo los pagos pendientes/estimados de su compañía aseguradora.
6. Las pólizas de seguro y los programas de pago pueden ser confusos por lo que requerimos que los pacientes contacten a su compañía aseguradora para confirmar que sus suposiciones con respecto a la cobertura de un tratamiento de ortodoncia son correctas. Por favor, solicite por escrito esta información a su compañía aseguradora. Los pacientes deben estar al tanto de que los servicios profesionales se prestan a una persona, y no a la compañía aseguradora. Por lo tanto, el seguro no es una garantía de pago y debe ser responsabilidad de la persona el asegurarse de que su compañía de seguros está haciendo pagos a tiempo y dando seguimiento con la oficina. No podemos prestar servicios con la suposición de que los cargos serán pagados por la compañía aseguradora. Sin embargo, le ayudaremos en todo lo que podamos.

Por favor, no dude en hacernos cualquier pregunta lo cual le ayudará a usted a aclarar estas pólizas.

He leído y entendido las pólizas anteriores y reconozco mis responsabilidades.

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona Responsable (adjunte copia de su Tarjeta de Seguro)

\_\_\_\_\_  
Nombre Impreso de la Persona Responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de la Persona de la Consulta



# ADA American Dental Association®

America's leading advocate for oral health

The following information highlights certain form completion instructions. Comprehensive ADA Dental Claim Form completion instructions are printed in the CDT manual. Any updates to these instructions will be posted on the ADA's web site (ADA.org).

## GENERAL INSTRUCTIONS

- A. The form is designed so that the name and address (Item 3) of the third-party payer receiving the claim (insurance company/dental benefit plan) is visible in a standard #9 window envelope (window to the left). Please fold the form using the 'tick-marks' printed in the margin.
- B. Complete all items unless noted otherwise on the form or in the CDT manual's instructions.
- C. Enter the full name of an individual or a full business name, address and zip code when a name and address field is required.
- D. All dates must include the four-digit year.
- E. If the number of procedures reported exceeds the number of lines available on one claim form, list the remaining procedures on a separate, fully completed claim form.

## COORDINATION OF BENEFITS (COB)

When a claim is being submitted to the secondary payer, complete the entire form and attach the primary payer's Explanation of Benefits (EOB) showing the amount paid by the primary payer. You may also note the primary carrier paid amount in the "Remarks" field (Item 35). There are additional detailed completion instructions in the CDT manual.

## DIAGNOSIS CODING

The form supports reporting up to four diagnosis codes per dental procedure. This information is required when the diagnosis may affect claim adjudication when specific dental procedures may minimize the risks associated with the connection between the patient's oral and systemic health conditions. Diagnosis codes are linked to procedures using the following fields:

- Item 29a – Diagnosis Code Pointer ("A" through "D" as applicable from Item 34a)
- Item 34 – Diagnosis Code List Qualifier (B for ICD-9-CM; AB for ICD-10-CM)
- Item 34a – Diagnosis Code(s) / A, B, C, D (up to four, with the primary adjacent to the letter "A")

## PLACE OF TREATMENT

Enter the 2-digit Place of Service Code for Professional Claims, a HIPAA standard maintained by the Centers for Medicare and Medicaid Services. Frequently used codes are:

11 = Office; 12 = Home; 21 = Inpatient Hospital; 22 = Outpatient Hospital; 31 = Skilled Nursing Facility; 32 = Nursing Facility

The full list is available online at "[www.cms.gov/PhysicianFeeSched/Downloads/Website\\_POS\\_database.pdf](http://www.cms.gov/PhysicianFeeSched/Downloads/Website_POS_database.pdf)"

## PROVIDER SPECIALTY

This code is entered in Item 56a and indicates the type of dental professional who delivered the treatment. The general code listed as "Dentist" may be used instead of any of the other codes.

Category / Description Code	Code
<b>Dentist</b> A dentist is a person qualified by a doctorate in dental surgery (D.D.S.) or dental medicine (D.M.D.) licensed by the state to practice dentistry, and practicing within the scope of that license.	122300000X
<b>General Practice</b>	1223G0001X
<b>Dental Specialty</b> (see following list)	Various
Dental Public Health	1223D0001X
Endodontics	1223E0200X
Orthodontics	1223X0400X
Pediatric Dentistry	1223P0221X
Periodontics	1223P0300X
Prosthodontics	1223P0700X
Oral & Maxillofacial Pathology	1223P0106X
Oral & Maxillofacial Radiology	1223D0008X
Oral & Maxillofacial Surgery	1223S0112X

Provider taxonomy codes listed above are a subset of the full code set that is posted at "[www.wpc-edi.com/codes/taxonomy](http://www.wpc-edi.com/codes/taxonomy)"