

Instrucciones para el trámite de reembolso de servicios dentales

1. El dentista (proveedor) debe ser NO participante de nuestra red de proveedores para poder procesar el reembolso.
 - i. En caso de ser un dentista participante deberá someter una carta con la explicación de la situación por la cual el asegurado generó el pago.
 - ii. Si el asegurado pertenece al programa PPO, las diferencias en co-pagos por servicios dentales recibidos por un dentista Premier, no son reembolsables.
 - iii. Si los servicios fueron prestados fuera de Puerto Rico se evaluará el caso y de aprobarse el reembolso se pagará a tarifa contratada en PR.
2. Tiene 90 días a partir de la fecha de servicio para solicitar reembolso. Se requieren los siguientes documentos en original:
 - i. Forma **“ADA Dental Claim”**: deberá ser completada en los encasillados correspondientes **Pr** como:
 - a. Encasillados #1 al #6: deben completarse con la información del asegurado principal en el plan Delta Dental: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, género, número de grupo y nombre del asegurado.
 - b. Encasillados #7 al #11: completar información de la persona que recibió los servicios: relación del paciente con el asegurado principal, nombre y apellidos, fecha de nacimiento y género.
 - c. Encasillados #12: detalles, notas. Provisto por el proveedor.
 - d. Encasillados #13 al #24: tipo de transacción e información del tratamiento. Provisto por el proveedor.
 - e. Encasillados #25 al #32: únicamente en caso de poseer otra cubierta dental y desea coordinar beneficios. Completar con la información del asegurado principal en el otro plan: nombre y apellidos, fecha de nacimiento, género, número de contrato, número de grupo, relación que guarda con el paciente y nombre de la otra aseguradora. *En caso de coordinación de beneficios, además de lo aquí mencionado, deberá incluir la explicación de pago del plan primario.
 - f. Encasillado #33: códigos de diagnóstico. Provisto por el proveedor.
 - g. Encasillados #34 al #44: deberá completarse el detalle de los servicios recibidos: fecha de servicio, número de diente, superficie del diente, código de procedimiento del CDT, descripción del procedimiento, cantidad pagada por procedimiento y costo total de los servicios recibidos. Es recomendable que esta información sea completada por el dentista, ya que dependiendo de los servicios recibidos algunos encasillados aplican y otros no.
 - h. Encasillado #45: Firma del asegurado (Requerida)
 - i. Encasillado #46: Asignación de beneficios al proveedor o facilidad dental. (Sólo para uso de facturación de servicios por parte del proveedor. Opcional)
 - j. Encasillados #47 al #52: información del dentista o facilidad que cobra por los servicios dentales.
 - k. Encasillados #53 al #59: información del dentista o facilidad que le brindó los servicios.

ii. Recibo de pago. El cual debe incluir lo siguiente:

- a. Nombre del paciente
- b. Fecha del servicio
- c. Código del servicio
- d. Cantidad total pagada (no se aceptan recibos con balances pendientes por pago)

4. Los siguientes tratamientos necesitan presentar radiografías: mantenedores de espacio, coronas, postes, periodoncia, prostodoncia, ortodoncia y cirugía oral.

5. Tratamiento de endodoncia ("root canal") necesita radiografías pre y post procedimiento.

6. Los siguientes tratamientos necesitan carta explicativa/reporte del dentista: coronas, periodoncia, reparación de prótesis, cirugía oral, ortodoncia, tratamiento paliativo (para el dolor) y sedación.

7. Los documentos originales deberán ser entregados personalmente* o enviados por una de las siguientes opciones:

- a. Vía correo postal: **Reembolsos**
Delta Dental of Puerto Rico, Inc.
PO BOX 9020992
San Juan, PR 00902-0992
- b. Vía correo electrónico: **ddprreembolsos@delta.org**
 - i. Documentos deberán ser legibles. Preferiblemente digitalizados (Formato PDF)

Para información adicional, le exhortamos a que se comunique con nuestro centro de llamadas al **1-866-622-6120** de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm.



Delta Dental of Puerto Rico

PO BOX 9020992
SAN JUAN, PR 00902-0992
1-866-622-6120**SUBSCRIBER INFORMATION**

1. Policyholder / Subscriber Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, ZIP Code

2. Date of Birth (MMDDCCYY)

3. Gender

☐ M ☐ F

4. Policyholder / Subscriber ID (SSN or ID#)

5. Plan or Group Number

6. Employer Name

PATIENT INFORMATION

7. Relationship to Policyholder/Subscriber in #1 Above

☐ Self ☐ Spouse ☐ Dependent Child ☐ Other

8. Patient Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, ZIP Code

9. Date of Birth (MMDDCCYY)

10. Gender

☐ M ☐ F

11. Patient ID/Account # (Assigned by Dentist)

12. Remarks

TRANSACTION AND PREDETERMINATION INFORMATION

13. Type of Transaction (Mark all Applicable Boxes)

☐ Statement of Actual Services☐ Request for Predetermination/Pre-treatment Estimate☐ EPSDT/ Title XIX☐ Encounter14. Predetermination/
Pre-treatment
Estimate Number**TREATMENT INFORMATION**

15. Treatment Resulting From

☐ Occupational Illness/injury☐ Auto accident☐ Other accident

16. Date of Accident (MMDDCCYY)

17. Auto Accident State

18. Place of Treatment

☐ Provider's Office☐ Hospital☐ ECF☐ Other

19. Number of Enclosures (00 to 99)

Radiograph(s)

Oral Image(s)

Model(s)

20. Is Treatment for Orthodontics?

☐ No (Skip 21-22)☐ Yes (Complete 21-22)

21. Date Appliance Placed (MMDDCCYY)

22. Months of
Treatment
Remaining

23. Replacement of Prosthesis?

☐ No☐ Yes (Complete 44)

24. Date of Prior Placement (MMDDCCYY)

OTHER INSURANCE COVERAGE25. Other Coverage? ☐ None☐ Dental (Complete 26-32)☐ Medical (Complete 26-32)

26. Name of Other Coverage Policyholder / Subscriber (Last, First, Middle Initial, Suffix)

27. Date of Birth (MMDDCCYY)

28. Gender

☐ M ☐ F

29. Policyholder / Subscriber ID (SSN or ID#)

30. Plan or
Group
Number

31. Patient's Relationship to Person Named in #26

☐ Self☐ Spouse☐ Dependent☐ Other

32. Other Insurance Company / Dental Benefit Plan Name, Address, City, State, ZIP Code

33. Diagnosis Codes

A.

B.

C.

D.

RECORD OF SERVICES PROVIDED

	34. Procedure Date (MMDDCCYY)	35. Area of Oral Cavity	36. Tooth Number(s) or Letter(s)	37. Tooth Surface	38. Quantity	39. Procedure Code	40. Diagnosis Pointer (A, B, etc.)	41. Description	42. Fee
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									

MISSING TEETH INFORMATION

44. (Place an 'X' on each missing tooth)	Permanent																Primary										43. Total Fee	0.00
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J		
	32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17	T	S	R	Q	P	O	N	M	L	K		

AUTHORIZATION - RELEASE OF INFORMATION

45. I have been informed of the treatment plan and associated fees. I agree to be responsible for all charges for dental services and materials not paid by my dental benefit plan, unless prohibited by law, or the treating dentist or dental practice has a contractual agreement with my plan prohibiting all or a portion of such charges. To the extent permitted by law, I consent to your use and disclosure of my protected health information to carry out payment activities in connection with this claim.

X _____
Patient/Guardian signature Date**BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY**

47. Dentist or Entity Name, Address, City, State, ZIP Code

48. NPI

49. License
Number50. SSN
or
TIN52. Additional
Provider ID51. Phone
Number**AUTHORIZATION - ASSIGNMENT OF BENEFITS**

46. I hereby authorize and direct payment of the dental benefits otherwise payable to me, directly to the below named dentist or dental entity

X _____
Subscriber signature Date**TREATING DENTIST AND TREATMENT LOCATION INFORMATION**

53. I hereby certify that the procedures as indicated by date are in progress (for procedures that require multiple visits) or have been completed

X _____
Signed (Treating Dentist) Date

54. Treatment Location Address, City, State, ZIP Code -----

55. NPI

56. License
Number58. Phone
Number57. Provider
Specialty
Code59. Additional
Provider ID

Claim Form Disclosure

You may be subject to civil and criminal penalties for knowingly providing false or misleading information.

Puerto Rico: Any person who knowingly and with the intention to defraud presents false information in an insurance application or, who presents helps or has a fraudulent claim presented for the payment of a loss or other benefit, or presents more than one claim for the same loss or damage, will incur in a felony and if convicted, will be sanctioned for each violation with a fine of no less than five thousand (\$5,000) dollars or no more than ten thousand (\$10,000) dollars or imprisonment by the fixed term of three years, or both punishments. With aggravating circumstances the fixed term of the punishment could go up to five (5) years; with mitigating circumstances the punishment could be reduced to a minimum of two (2) years.