

## 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 como: Presione ↑ para completar o descargar formulario
    - 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: **reembolsos@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, con su representante de servicio o ejecutivo de cuentas.



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
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 Encounter
14. 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 COVERAGE

25. 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

Table with 8 columns: 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. Rows 1-8.

MISSING TEETH INFORMATION
44. (Place an 'X' on each missing tooth)
Permanent: 1-16, Primary: A-K
43. Total Fee: 0.00

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 \_\_\_\_\_ Date
Patient/Guardian signature

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 \_\_\_\_\_ Date
Subscriber signature

BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY

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

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 \_\_\_\_\_ Date
Signed (Treating Dentist)

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

48. NPI 49. License Number 50. SSN or TIN 51. Phone Number 52. Additional Provider ID 53. NPI 54. License Number 55. Provider Specialty Code 56. Phone Number 57. 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.