

# ADA American Dental Association® Formulario de reclamo de atención dental

## HEADER INFORMATION

1. Type of Transaction (Mark all applicable boxes)

Statement of Actual Services       Request for Predetermination/Preauthorization

EPSDT / Title XIX

2. Predetermination/Preauthorization Number

## INFORMACIÓN SOBRE LA COMPAÑÍA DE SEGUROS/PLAN DE BENEFICIOS DENTALES

3. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal de la compañía/el plan

## INFORMACIÓN SOBRE EL TITULAR DE LA PÓLIZA/ASEGURADO (para la compañía de seguros nombrada en el punto n.º 3)

12. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado y código postal del Titular de la póliza/Asegurado

13. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)      14. Sexo  M  F      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).

4. ¿Dental?  ¿Médica?  (Si tiene ambas, complete los puntos 5 a 11 solo para la cobertura dental).

5. Nombre del Titular de la póliza/Asegurado en el punto n.º 4 (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo)

16. Número de plan/grupo      17. Nombre del empleador

6. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)      7. Sexo  M  F      8. Identificación del Titular de la póliza/Asegurado (SSN o n.º de identificación)

## INFORMACIÓN SOBRE EL PACIENTE

18. Relación con el Titular de la póliza/Asegurado nombrado en el punto n.º 12      19. Reservado para uso futuro

Titular     Cónyuge     Dependiente niño     Otra

9. Número de plan/grupo      10. Relación del paciente con la persona nombrada en el punto n.º 5

Titular     Cónyuge     Dependiente     Otra

20. Nombre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre, sufijo), dirección, ciudad, estado y código postal

11. Nombre, dirección, ciudad, estado y código postal de otra compañía de seguros/plan de beneficios dentales

21. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA)      22. Sexo  M  F      23. Identificación del paciente/n.º de cuenta (asignado por el dentista)

## RECORD OF SERVICES PROVIDED

24. Procedure Date (MM/DD/CCYY)	25. Area of Oral Cavity	26. Tooth System	27. Tooth Number(s) or Letter(s)	28. Tooth Surface	29. Procedure Code	29a. Diag. Pointer	29b. Qty.	30. Description	31. Fee
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									

33. Missing Teeth Information (Place an "X" on each missing tooth.)

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
32	31	30	29	28	27	26	25	24	23	22	21	20	19	18	17

34. Diagnosis Code List Qualifier  (ICD-9 = B; ICD-10 = AB)

34a. Diagnosis Code(s)      A \_\_\_\_\_      C \_\_\_\_\_

(Primary diagnosis in "A")      B \_\_\_\_\_      D \_\_\_\_\_

31a. Other Fee(s)

32. Total Fee

35. Remarks

## AUTORIZACIONES

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.

X \_\_\_\_\_  
Firma del paciente/tutor      Fecha

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.

X \_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado      Fecha

## ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION

38. Place of Treatment  (e.g. 11=office; 22=O/P Hospital)      39. Enclosures (Y or N)

(Use "Place of Service Codes for Professional Claims")

40. Is Treatment for Orthodontics?      41. Date Appliance Placed (MM/DD/CCYY)

No (Skip 41-42)     Yes (Complete 41-42)

42. Months of Treatment      43. Replacement of Prosthesis      44. Date of Prior Placement (MM/DD/CCYY)

No     Yes (Complete 44)

45. Treatment Resulting from

Occupational illness/injury     Auto accident     Other accident

46. Date of Accident (MM/DD/CCYY)      47. Auto Accident State

## BILLING DENTIST OR DENTAL ENTITY (Leave blank if dentist or dental entity is not submitting claim on behalf of the patient or insured/subscriber.)

48. Name, Address, City, State, Zip Code

49. NPI      50. License Number      51. SSN or TIN

52. Phone Number      52a. Additional Provider ID

## 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. NPI      55. License Number

56. Address, City, State, Zip Code      56a. Provider Specialty Code

57. Phone Number      58. Additional Provider ID

# 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)"