

Oficina de solicitudes grupales / Apartado de correos (P.O. Box) 82520 / Lincoln, NE 68501-2520

Número gratuito 800.487.5553 / Fax 402.467.7336 / Sitio de Internet ameritasgroup.com

Número de contribuyente de Ameritas para solicitudes electrónicas: 47009.

Para un pago más rápido, ¡hágalo electrónicamente!

PARTE 1 – PARA COMPLETAR POR EL EMPLEADO

1. Nombre completo del paciente (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	2. Fecha de nacimiento del paciente (MM/DD/AA)	3. Relación con el empleado __uno mismo __esposo/a __hijo/a __otro	4. Sexo __M __F
5. Nombre completo del empleado (primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido)	6. Número de identificación del empleado	Fecha de nacimiento del empleado (MM/DD/AA)	
7. Dirección de correo del empleado (Calle o apartado de correos, ciudad, estado, código postal) Dirección de correo electrónico	8. ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE CON CADA ENTREGA DE SOLICITUD SÓLO SI LA SOLICITUD ES PARA UN HIJO DEPENDIENTE DE 19 AÑOS O MÁS ¿El paciente es estudiante de tiempo completo? __Sí __No Si elige “Sí”, nombre y dirección de la universidad		
9. Nombre y dirección del empleador (compañía)	10. Número de grupo Número de división Número de certificado		
LAS PREGUNTAS 11 Y 12 DEBERÁN COMPLETARSE CON CADA UNO DE LOS FORMULARIOS DE SOLICITUD		Número de póliza	
11. ¿El paciente está cubierto por otro plan dental? __Sí __No Nombre y dirección de otro asegurador		Nombre y dirección de otro empleador	
12. Nombre de otro empleado/abonado Número de identificación del empleado/abonado		Fecha de nacimiento (MM/DD/AA) Relación con el paciente	
13. He leído el presente plan de tratamiento y autorizo la divulgación de cualquier información relacionada con esta solicitud. Comprendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental. Certifico que estas declaraciones son verdaderas y abarcan todos mis conocimientos.			
Firma (paciente o padre del menor) _____ Fecha _____			
14. Por la presente, autorizo el pago directo que me corresponda al dentista del grupo asegurador mencionado más adelante.			
Firma (persona asegurada) _____ Fecha _____			

Completar este formulario con información falsa u omitir adrede datos que puedan afectar los beneficios que usted solicita, se considera fraude. Como consecuencia de tales actos, se podrán aplicar sanciones penales y/o civiles.

PARTE 2 – PARA COMPLETAR POR EL DENTISTA RESPONSABLE

Por favor, utilice los códigos de procedimiento de la Current Dental Terminology © de la Asociación Dental Americana.

15. Nombre del dentista y dirección de correo		Número de permiso para anestesia general	Número de teléfono	Número de fax	Dirección de correo electrónico
Designación del especialista					
16. SSN (número de seguro social) o TIN (número de identificación de impuesto) del dentista	Número de licencia		NPI (Identificador de Proveedor Nacional)		
17. ¿Se adjuntan radiografías o modelos? __Sí __No ¿Cuántos?					
EN CASO QUE ELIJA “SI” PARA LAS PREGUNTAS 18 A 20, INCLUYA UNA BREVE DESCRIPCIÓN Y FECHAS.					
18. ¿El tratamiento es resultado de lesiones o enfermedades laborales? __Sí __No					
19. ¿El tratamiento es resultado de un accidente automovilístico? __Sí __No					
20. ¿De otro tipo de accidente? __Sí __No					
21. En caso de necesitar prótesis, ¿es una colocación inicial? __Sí __No					
De no ser así, motivo de colocación y fecha de colocación anterior					
22. ¿El tratamiento es por ortodoncia? __Sí __No					
Si los servicios ya han comenzado, ingrese la fecha en que se colocó la ortodoncia y los meses que restan					
23. Este es un/a (escoja uno): __ Declaración de servicios prestados en la actualidad __ Presupuesto previo al tratamiento					
24. REGISTRO DE EXAMEN Y TRATAMIENTO					
Cuadrante, arco, letra o número de diente	Carillas	DESCRIPCIÓN DE SERVICIOS (incluya radiografías, profilaxis, materiales utilizados, etc.)	Código de procedimiento CDT © de la ADA	Fecha del Servicio (MM/DD/AA)	Honorarios
25. Comentarios sobre servicios poco comunes				26. Honorarios totales	
27. CONSTANCIA: Por la presente dejo constancia de que los servicios que se detallan anteriormente se han realizado en las fechas que se indican y que los honorarios presentados son los honorarios que he cobrado y recibiré para tales propósitos.					
Firma (dentista)_____				Fecha_____	
28. Dirección donde se realizó el tratamiento					

consejos para acelerar el proceso de solicitud

parte 1 – empleado

La falta de información o la información incompleta retrasan el proceso de solicitud. Para evitarlo, asegúrese de completar:

#2 Fecha de nacimiento del paciente

Ayuda a identificar al asegurado y determina la elegibilidad dependiente.

#6 Número de identificación del empleado

Es la identificación más importante para el miembro del plan.

#8 Estado/situación del estudiante

Debido a que este dato a menudo cambia, es obligatorio en todas las solicitudes para dependientes de 19 años o más.

#11 y #12 Coordinación de beneficios para la cobertura dental

Debe escogerse el cuadro "No" en el punto #11 si no existe otra cobertura dental. Si usted cuenta con otra cobertura, se requiere de información adicional para la coordinación de los beneficios. Estos datos son obligatorios en todas las solicitudes.

parte 2 – dentista

Para algunas solicitudes dentales se necesita una revisión del especialista dental para que el proceso sea preciso. Para ayudar a acelerar el proceso de las solicitudes, asegúrese de completar:

#16 Identificador de Proveedor Nacional

Hay dos tipos de NPI. El primero es para proveedores individuales que operan de manera independiente. El segundo es para proveedores de salud que atienden en grupo o corporaciones que incluyan prácticas dentales incorporadas. Las organizaciones que se incluyen en el segundo tipo quizá deseen que sus empleados individuales tengan NPI del primer tipo para poder distinguirlos de manera individual.

#17 y #24 Documentación adicional

Además de la lista que se presenta a continuación, deben presentarse informes y fotografías. Los documentos deben estar fechados y ser legibles. Las radiografías originales se devuelven. Etiquete las películas duplicadas a la derecha y a la izquierda. Toda la documentación adicional debe ser actual, hasta de un año de antigüedad. Los códigos de procedimiento que se detallan se basan sobre CDT © de la ADA.

- Radiografías pre-quirúrgicas para D2510-D2664, D6600-D6634, D2710-D2794, D6710-D6794, D6205-D6252, D2950, D6973, D2952-D2954, D6970-D6972, D2960-D2962, D3346-D3348, D3351-D3353 y D6010.
- Radiografías pre-quirúrgicas y notas quirúrgicas legibles para D7210-D7241.
- Notas quirúrgicas legibles sólo para D7310-D7321.
- Registro periodontal numérico de 6 puntos para D4210-D4211, D4240-D4241, D4341-D4342 y D4381.
- Radiografías y registro periodontal numérico de 6 puntos para D4260-D4261 y D4263-D4264.
- Procedimientos de injerto gingival y medidas para D4270-D4271, D4273, D4275 y D4276.

#21 Prótesis - Inicial o Reemplazo

Requerida para coronas, recubrimientos, puentes y dentaduras parciales o completas. En caso de reemplazo, se requiere la fecha de la colocación anterior.

#23 Declaración de servicios prestados en la actualidad o Presupuesto previo al tratamiento

Se debe marcar el espacio adecuado para asegurar un manejo correcto.

#24 Cuadrante, arco, letra o número de diente

Se requiere información específica de la zona utilizando el sistema Universal/Nacional de Numeración de Dientes (Universal/National Tooth Numbering System).

presupuesto de beneficios previo al tratamiento

Se recomienda un presupuesto de beneficios previo al tratamiento cuando el miembro del plan considera que el trabajo odontológico es costoso. Un presupuesto previo al tratamiento permite que el paciente y el médico sepan de antemano cuándo pagará el seguro. Si la cobertura dental se interrumpe por cualquier motivo durante el tratamiento, sólo los procedimientos llevados a cabo antes de que la cobertura se interrumpiera serán efectivos para el pago. Para una información completa sobre cobertura, los miembros de los planes pueden consultar la cartilla de su plan de seguro médico.

sitio de Internet

Visite nuestro sitio de Internet para más información sobre beneficios, formularios electrónicos, listas de proveedores dentales y más. Se requiere del programa gratuito Adobe Reader® (disponible en Internet) para ver e imprimir los formularios electrónicos.

anexos y solicitudes electrónicas

Proveedores dentales: podemos procesar las solicitudes electrónicas el mismo día de haberlas recibido y enviar un cheque dentro de los siete días hábiles. Además, la mayoría de los programas de contabilidad pueden presentar anexos y solicitudes, y crear registros contables simultáneamente. Para más información, visite ndedic.org, ez2000dental.com y nea-fast.com.