

## Out-of-Country Claims Submission

---

Most of our dental plans provide out-of-country coverage when dental services are performed and completed by a licensed dentist in a dental office. Below is a list of information that is required to process your out-of-country dental claim. Please request this vital information from your dentist prior to treatment or before completion of your treatment.

- Dentist's professional license** (only when not already on file – contact Delta Dental of Arizona to verify at 800.352.6132)
- Superbill** on dental practice letterhead
- Chart notes** recording the reason for the current visit, an assessment of the patient's condition (including any changes since the previous visit), and additional treatment rendered or planned
- Pre-operative and post-operative X-rays**
- Insurance claim form** (sign in to the member portal to download a copy)

The **patient** section of the form must include:

- Patient name
- Member ID or SSN
- Patient date of birth
- Information on other coverage

The **dentist** section of the form must include:

- Dentist name
- Dentist address
- Dentist telephone number
- Dentist's license number

The **itemized treatment section** of the form must include:

- Tooth number, when applicable
- Description of the service
- Date of service
- Procedure code
- Each procedure must be listed and priced separately; we cannot calculate benefits when services and fees are combined (please specify currency). The claim form must include the billed charges in that country's currency and a conversion fee into United States dollars.
- Orthodontic treatment must include total months of treatment and total treatment fee
- If the claim is for a crown, veneer, inlay, onlay, bridge, implant or partial denture, your dentist needs to indicate if this is initial placement. A copy of the pre-operative, diagnostic quality duplicate X-ray (not original) of the treatment area is required.
- If it is not initial placement, your dentist needs to provide the initial placement date and the reason for the replacement. Please submit this information with your claim form.

If you require major services treatment, we urge you to request a pre-treatment estimate (also called a predetermination). We will process the pre-treatment estimate and notify you if the recommended treatment is a covered benefit, how much Delta Dental of Arizona will pay, and your financial obligation.

*Note: You are responsible for payment to the dentist at the time of service. The reimbursement check will be sent to your address.*

## Reclamaciones por servicios fuera de los EE. UU.

La mayoría de nuestros planes dentales proporcionan cobertura fuera del país cuando los servicios dentales son realizados y completados por un dentista con la licencia correspondiente en una oficina dental. A continuación, se muestra una lista de la información que se requiere para procesar su reclamación por servicios dentales realizados fuera del país. Por favor solicite esta información vital a su dentista antes del tratamiento o antes de completar su tratamiento.

- Licencia profesional del dentista** (Solo cuando no esté ya en el archivo – para verificar, llame a Delta Dental de Arizona 800.352.6132)
- Superbill** impreso en papel con membrete de la clínica dental
- Historial** que registra el motivo de la visita actual, una evaluación del estado del paciente (incluidos los cambios desde la visita anterior) y el tratamiento adicional presentado o planificado
- Rayos X preoperatorios y postoperatorios**
- Formulario de reclamación al seguro** (inicie sesión en el portal para miembros para descargar una copia del “Insurance claim form”)

En la sección denominada **“patient”** del formulario, se debe incluir:

- Nombre del paciente
- ID de miembro o número de SSN
- Fecha de nacimiento del paciente
- Información sobre otra cobertura

En la sección denominada **“dentist”** del formulario, se debe incluir:

- Nombre del dentista
- Dirección del dentista
- Número de teléfono del dentista
- Número de licencia de dentista

En la sección denominada **“itemized treatment”** del formulario, se debe incluir:

- Número de diente, cuando corresponda
- Descripción del servicio
- Fecha del servicio
- Código de procedimiento
- Cada procedimiento debe ser enumerado y cotizado por separado; no podemos calcular beneficios cuando se combinan servicios y tarifas (por favor, especifique el tipo de moneda). El formulario de reclamación debe incluir los cargos facturados en la moneda de ese país y una tasa de conversión en dólares de los Estados Unidos.
- El tratamiento de ortodoncia debe incluir meses totales de tratamiento y tarifa total del tratamiento.
- Si la reclamación es por cualquier corona, carillas, inlay, onlay, puente, implante o dentadura parcial, su dentista debe indicar si se trata de la colocación inicial. Se requiere una copia (no la original) de la radiografía preoperatoria de calidad diagnóstica del área de tratamiento.
- Si no es la colocación inicial, su dentista debe proporcionar la fecha de colocación inicial y la razón del reemplazo. Envíe esta información con su formulario de reclamación.

Si usted requiere tratamiento de servicios importantes, le instamos a solicitar una estimación previa al tratamiento (también llamada determinación previa). Procesaremos la estimación previa al tratamiento y le notificaremos si el tratamiento recomendado es un beneficio cubierto, cuánto pagará Delta Dental de Arizona y su obligación financiera.

*Nota: Usted es responsable del pago al dentista en el momento del servicio. El cheque de reembolso será enviado a su dirección de correo.*