ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES
ACAA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Directora Ejecutiva | Wanda Ortega Álamo | wortega@acaa.pr.gov

Política y Procedimiento	**Página: 1 de 11**
Departamento: Asuntos Médicos	**Efectividad:** 16 de julio de 2026
Título: Autorización de Servicios e Implantes Dentales	**Aplica al Departamento:** Asuntos Médicos
Número: 2026-AM-PP- 07	**Fecha más reciente de revisión:** 16/julio/26
Aprobado por:	
Director Médico: Luis Martínez Suárez	
Directora Ejecutiva: Wanda Ortega Álamo Wanda Ortega	

I Título

Autorización de Servicios e Implantes Dentales

II Política

La Administración de Compensaciones por Accidentes de Automóviles (ACAA), administra los servicios médicos y beneficios de acuerdo con la "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor" (Ley Núm. 111-2020) la cual ofrece derecho a los servicios médicos y beneficios que dispone esta Ley todo lesionado y dependiente que sea elegible conforme la cubierta que provee esta Ley. Los servicios médicos y beneficios que provee esta Ley incluyen servicios e implantes dentales. Esta política y procedimiento describe los requisitos que se deben cumplir para la evaluación y autorización de estos servicios.

III Base Legal

Esta política y procedimiento se establece a tenor con el Artículo 4, de la Ley Núm. 111 de 14 de agosto de 2020, en vigor el 12 de noviembre de 2020, "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor" en adelante "Ley Núm. 111-2020", y las Regla 14, 15, 17 del Reglamento Núm. 9249, aprobado el 29 de diciembre de 2020, según enmendado, conocido como "Reglamento para la Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor", en adelante, "Reglamento 9249". Estas son las fuentes legales principales sobre el tema, pero no excluyen otras con efectos regulatorios sobre el asunto.

IV Propósito

Establecer y definir los criterios para otorgar los servicios correspondientes a los lesionados y dependientes dispuestos por la Ley Núm. 111-2020. Para autorizar estos servicios, la ACAA requiere la aplicación de la presente política y procedimiento, los criterios dentales y los procedimientos establecidos en este documento.

V Definiciones

Los siguientes términos, palabras y frases utilizadas en el contexto de la presente política tendrán el

significado a continuación especificado, excepto que en el texto se provea otro significado o fuere incompatible con el espíritu y el propósito de la Ley Núm. 111 2020. La referencia al tiempo presente incluye el futuro; el género masculino incluye el femenino o cualquier otro y el número singular incluye el plural y viceversa. Para fines de esta política y procedimiento se definen los siguientes términos (varios han sido actualizados):

A. **Accidente de Vehículo de Motor** – Suceso atribuido directa o indirectamente al uso normal y corriente de un vehículo de motor como tal vehículo en que se lesiona una o varias personas.

B. **Asesor Médico -** Profesionales licenciados en varias disciplinas de la medicina, seleccionados y contratados por la Administración para la toma de decisiones clínicas y consejo en su facultad, a la luz de la Ley Núm. 111-2020 y el Reglamento Núm. 9249 que rigen la ACAA, los cuales conforman el Comité de Evaluación Médica.

C. **Beneficios** – Aquellos que podrán ser solicitados al amparo de la Ley Núm. 111-2020, conocida como "Ley de Protección Social por Accidentes de Vehículos de Motor", los cuales incluyen pagos por pérdida de ingreso por incapacidad, servicios médico-hospitalarios, servicios quiroprácticos, desmembramiento, muerte y gastos funerales.

D. **Buzón Médico Central** - Módulo dentro del Sistema Electrónico (ACAA-21 Web) que permite al Departamento de Asuntos Médicos evaluar las consultas referidas por el personal de las Oficinas Regionales.

E. **Certificación Electrónica y Manual de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos -** Instrumento de valor financiero emitido por la ACAA para autorizar los servicios de salud a los proveedores que prestarán asistencia médico-hospitalaria a los lesionados. Las certificaciones electrónicas se expedirán a través del Sistema Electrónico ACAA21 Web, mientras las certificaciones manuales son las preparadas cuando se activa el Plan de Contingencia por fallas en los sistemas computarizados o falta de energía eléctrica.

F. **Comité de Evaluación Médica** – Grupo de médicos y dentistas asesores seleccionados por la Administración de Compensación por Accidentes de Automóviles para la toma de decisiones clínicas.

G. **Consultas (Consultas Médicas)**- Nombre con el que se identifican las solicitudes de autorización de servicios o información solicitada por la Oficina Regional al Departamento de Asuntos Médicos, usando las funcionalidades del sistema electrónico, fax u otros medios en casos de emergencia o problemas con el sistema.

H. **Dentista** - Doctor en medicina dental autorizado por la Junta Dental Examinadora de Puerto

Rico a practicar la profesión de odontología en Puerto Rico. Un dentista es un profesional de la salud especializado en el diagnóstico, prevención y tratamiento de enfermedades, afecciones y problemas relacionados con la boca, los dientes y las encías. También se le conoce como odontólogo, ya que la odontología es la rama de la medicina que se ocupa del estudio y tratamiento de los problemas dentales.

I. **Departamento de Asuntos Médicos** - Unidad de trabajo dentro de la estructura organizacional de la ACAA, a la que están adscritas las Áreas de Autorizaciones de Servicios Médicos-Hospitalarios, Servicios Quiroprácticos, Manejo de Casos, Farmacia y Área de Contratación y Relaciones con los Proveedores.

J. **Director Médico** – Doctor en medicina con licencia para practicar en Puerto Rico nombrado por el director ejecutivo, quien dirigirá los trabajos evaluativos y clínicos relacionados con los servicios médicos que ofrece la Administración.

K. **Director Regional** – El funcionario administrativo de mayor jerarquía, nombrado por el director ejecutivo, de confianza y libre remoción a cargo de una Oficina Regional, en quien el director ejecutivo puede delegar funciones de investigar y decidir en primera instancia toda reclamación de servicio médico o beneficio.

L. **Lesionado** - Persona natural que sufra daño corporal, enfermedad o muerte, como consecuencia de un accidente, o durante un mantenimiento de emergencia, o uso por sí mismo o por otra persona de un vehículo de motor como tal vehículo.

M. **Médico Autorizado** – El médico designado por el director del Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA para evaluar y contestar las consultas generadas por las Oficinas Regionales.

N. **Médico de Tratamiento** – Doctor en medicina legalmente autorizado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico que ofrece servicios y atiende al momento, o de forma habitual, al lesionado de accidente de vehículo de motor. Éste puede ser el médico primario o el médico especialista (ortopeda, neurólogo, fisiatra, o psiquiatra, entre otros).

O. **Médico Primario** - Doctor en medicina legalmente autorizado para ejercer la práctica de la medicina en Puerto Rico. Para efectos de la ACAA, se considera como médico primario al generalista, internista, médico de familia, ginecólogo-obstetra y pediatra.

P. **Necesidad Médica** - Se fundamenta en la práctica aceptada de la medicina que garantiza la habilidad de que el lesionado del accidente mantenga, conserve u obtenga sus capacidades funcionales y conforme a las políticas médicas aprobadas. Incluye, pero no se limita a servicios,

tratamientos, equipos y suministros que son necesarios para el diagnóstico y tratamiento del estado médico del lesionado, que cumplen con los estándares de la práctica de la medicina y que no se proveen por conveniencia del lesionado o su proveedor de servicio.

Q. **Oficial de Autorizaciones de Servicios** – Doctor en medicina a cargo de evaluar, revisar y autorizar los servicios médicos-hospitalarios, servicios quiroprácticos que solicitan los médicos proveedores de la red de la ACAA, para tratamientos de los reclamantes, lesionado de accidentes de vehículo de motor.

R. **Oficial de Consultas** – Profesional de la salud a cargo de evaluar, revisar y autorizar los servicios médico-dentales, servicios quiroprácticos, ambulancias, incapacidad, terapia física, manipulaciones y equipo médico que solicitan los médicos proveedores de la red de la ACAA, para tratamiento de los reclamantes, lesionado de accidente de vehículo de motor.

S. **Procedimiento de Autorización** – Proceso que se lleva a cabo en el Departamento de Asuntos Médicos de la ACAA, en el cual se analiza y se determina la relación causal entre el accidente y cada una de las lesiones recibidas por el lesionado, así como la necesidad médica de los beneficios solicitados, previo a la aprobación o denegación de los beneficios médico-hospitalarios o del pago de estos.

T. **Reclamante** – El lesionado que insta personalmente su reclamación ante la ACAA y a la persona que este designa como su representante autorizado ante la Administración. Puede ser reclamante aquel que comparece en capacidad representativa del lesionado como en el caso de menores de edad, personas bajo tutela, personas discapacitadas o representantes mediante poder, poder duradero u otros.

U. **Sistema de Administración y Manejo de Reclamaciones y Beneficios (Sistema Electrónico ACAA-21 Web)** – Aplicación (software) con múltiples módulos, diseñada para realizar los procesos de radicación, adjudicación y administración de una reclamación por servicio médico-hospitalarios, equipo médico, farmacia, compensación por muerte, funeral y desmembramiento; además de los pagos de compensación semanal por pérdida de ingresos por incapacidad, por muerte o desmembramiento.

VI. Disposiciones Generales

A. Los servicios médico-hospitalarios incluyen los servicios e implantes dentales y los servicios maxilofaciales.

B. La ACAA autorizará los servicios dentales y de cirugía oral que se presten a los lesionados de un accidente de vehículo de motor cubierto por la Ley 111-2020. Estos servicios requieren la

autorización del personal de la ACAA encargado de contestar las consultas dentales. Se prestarán servicios de tratamiento o de restauración cuando dichos servicios estén relacionados directamente con el accidente. Cuando el tratamiento de la lesión sufrida requiera el arreglo de una condición preexistente, el arreglo de dicha condición será evaluado por el dentista o médico autorizado designado por la ACAA para esa función, quien determinará la necesidad médica para que se pueda proceder con el arreglo de dicha condición.

C. Se autorizará el beneficio de implantes dentales hasta un máximo de dos (2) implantes por arco por reclamación, según la necesidad de cada caso.

D. La cirugía de implantes incluye la colocación de collar de sanación y segunda etapa de cirugía.

E. Los servicios dentales que no sean de emergencia requerirán autorización previa del dentista o médico autorizado de la ACAA. La ACAA no será responsable del pago de servicios dentales que no sean previamente autorizados por el dentista o médico autorizado de la ACAA.

F. En casos de restauraciones dentales, no se considerarán restauraciones con fines cosméticos, ni restauraciones duplicadas y se autorizará solamente por los servicios profesionales, según dispuesto en el Manual de Tarifas o los servicios contratados con el proveedor. La ACAA será responsable del tratamiento en especialidades tales como ortodoncia periodoncia, endodoncia y prótesis dentales solamente cuando el dentista o el médico autorizado determinen que dicho tratamiento es medicamente necesario y el daño esté directamente relacionado al accidente de vehículo de motor.

G. En los casos en los cuales el lesionado del accidente sea un niño que no haya alcanzado su madurez dental (entre los seis (6) meses y los dieciocho (18) años) y haya sufrido la pérdida de dientes o lesiones orales, cuya restauración requiera de un término de tiempo en exceso de los dos (2) años, la ACAA podrá autorizar tratamiento médico adicional, siempre y cuando el caso sea evaluado por el dentista o médico autorizado de la ACAA y éste determine la necesidad médica del servicio.

H. La Administración sólo pagará hasta un máximo de dos (2) prótesis temporeras en acrílico en lo que se le construye la prótesis "permanente" o "final".

I. La Oficina Regional genera las consultas dentro de las siguientes clasificaciones:

1. **Extensión** - Consulta cuyo propósito es solicitar la cubierta extendida. Ésta consulta es para casos de más de dos (2) años y genera la autorización de servicio. En el caso de servicios o implantes dentales en casos pediátricos, la extensión de cubierta vencerá al lesionado cumplir los 18 años.

2. **Lesión** - Consulta para añadir lesiones no informadas originalmente por el lesionado.

3. **Libre** - Consulta que no está relacionada a un servicio en particular. Ésta consulta no conlleva la autorización de servicio.

4. **Prolongación de cubierta básica** – Consulta para extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios dentales previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses.

5. **Servicio** - Consulta relacionada a un servicio. Esta consulta se genera para casos de cubierta básica y extendida y conlleva la certificación de servicio.

J. El Sistema Electrónico (ACAA-21 Web) distribuye los tipos de consultas generadas en diferentes **clases de consultas**, siendo estas:

- Bandeja para Cirugía
- Casos de Desmembramiento
- Casos de Reconsideración
- Comité Médico Más de Dos (2) años
- Comité Médico Menos de Dos (2) años
- Dental
- Diaria
- Director
- Equipo Médico
- Escrita
- Incapacidad
- Lesión
- Medicina Física y Rehabilitación
- Muerte
- Psiquiatría
- Reembolso
- Salud en el Hogar
- Transporte (Ambulancia)

K. La autorización de servicios dentales se realizará mediante los distintos tipos de consultas, que se detallan a continuación y se refieren a un servicio o beneficio específico. Según el servicio solicitado, la Oficina Regional deberá someter una descripción detallada y la documentación requerida. El Área de Autorizaciones tiene un tiempo asignado para contestar cada tipo de consulta, a base a la urgencia y

necesidad del servicio.

1. **Bandeja para Cirugía (Médico Quirúrgico)** - Se requiere solicitar autorización al Departamento de Asuntos Médicos para todos los implantes dentales que serán utilizados en un procedimiento que sea de carácter electivo y programable. La solicitud de autorización debe estar acompañada de la orden del equipo a ser utilizado y la fecha del procedimiento. Se le requiere al dentista generar esta solicitud por lo menos diez (10) días de anticipación para llevar a cabo la coordinación necesaria para la adquisición de los implantes dentales. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de dos (2) días laborables.

2. **Casos de Reconsideración -** Consulta para reconsiderar una denegación de un servicio en el cual el lesionado no está de acuerdo con la decisión tomada por el Comité de Evaluación Médica. Se requiere que la solicitud esté acompañada de nueva documentación (según solicitada en la consulta denegada) provista por el lesionado y sus dentistas de tratamiento para reconsiderar la denegación del caso. Esta consulta es evaluada y contestada por el Director Médico o por un Médico autorizado, distinto al que llevó a cabo la primera evaluación. Si la consulta fue evaluada inicialmente por el Director Médico, será un Médico autorizado, quien evalúe y conteste la apelación. Una vez recibida la nueva documentación, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta diez (10) días laborables.

3. **Comité Médico Más de dos (2) Años** - Consulta para la autorización de servicios médicos y dentales bajo la cubierta extendida en casos de más de dos (2) años luego del accidente. Estos casos son evaluados y autorizados por el Oficial de Consulta (Dentista). El tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios. En este tipo de consulta se evalúan y autorizan los servicios dentales a lesionados pediátricos hasta los dieciocho (18) años.

4. **Comité Médico Menos de Dos (2) Años** - Consulta para la autorización de servicios dentales bajo la cubierta básica que requieren ser evaluados y autorizados por los miembros del Comité de Evaluación Médica de la ACAA. Se consulta, además, los casos que requieren extender provisionalmente los servicios de la cubierta básica por un periodo mayor a los dos (2) años, con el único propósito de culminar los servicios dentales previamente autorizados hasta un máximo de seis (6) meses. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días laborables, excepto en los casos de planificación de alta del hospital que se contestarán en dos (2) días laborables o menos.

5. **Consulta de Lesión – Consulta para añadir lesiones adicionales** no informadas originalmente por el lesionado a las reportadas en el Diagrama del Cuerpo Humano, Forma 300-53-B y C. Todo lesionado o representante autorizado deberá radicar su reclamación de añadir lesiones adicionales, dentro de los quince (15) días calendarios siguientes a la fecha del accidente y deberá someter junto con la reclamación, toda la evidencia que sea razonablemente posible obtener en relación con las circunstancias del accidente y las razones para añadir las lesiones adicionales. Entre las justas causas para añadir una lesión se considerará el haber mencionado la lesión en sala de emergencia, el estar hospitalizado por más de quince (15) días, y si la lesión está relacionada a la misma área anatómica (por ejemplo, clavícula-hombro, cadera –pelvis). Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios.

6. **Consulta de Reembolso -** Consulta para la solicitud de reembolsos por servicios pagados por el lesionado. Se requiere como evidencia factura del servicio recibido y del pago realizado por el lesionado. Además, se requiere la justificación del servicio (orden médica) con evidencia clínica. Una vez recibida la información completa, el tiempo para contestar esta consulta es de hasta treinta (30) días calendarios.

7. **Consulta Dental** – Consulta por parte del Departamento de Asuntos Médicos para la evaluación y autorización de servicios e implantes dentales. Se requiere la forma del Diagrama del Cuerpo Humano, Forma ACAA 300-53 y la evaluación inicial o de seguimiento (notas de progreso) del dentista, maxilofacial o de sala de emergencia donde se documente el daño. El tiempo para contestar esta consulta es de hasta cinco (5) días calendarios.

VII. Procedimiento

A. Autorización de Beneficios

1. El procedimiento de autorización de beneficios se lleva a cabo en el Área de Autorización de Servicios adscrita al Departamento de Asuntos Médicos, la cual es responsable del análisis, evaluación y determinación de la necesidad médica y relación causal de los servicios dentales solicitados. Esta área está compuesta por el Director Médico, el Comité de Evaluación Médica, el Oficial de Autorizaciones de Servicios y el Oficial de Consultas, quienes están autorizados para evaluar y contestar las solicitudes de autorizaciones de servicios médicos y dentales, y un Gerente de Asuntos Médicos a cargo de la coordinación

de los trabajos médicos y dentales y la función administrativa del área.

2. Los Oficiales de Autorización de Servicios y los Oficiales de Consultas Médicas podrán realizar su función de manera presencial, remota o híbrida.

3. Las certificaciones electrónicas se expedirán a través del Sistema Electrónico (ACAA21 Web), mientras las certificaciones manuales son las preparadas cuando se activa el Plan de Contingencia por fallas en los sistemas computarizados o falta de energía eléctrica. A continuación, se detallan las cinco (5) formas:

    a. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos (Forma ACAA-300-242)

    b. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual (Forma ACAA-300-242A)

    c. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual, Cirugía Ambulatoria (Forma ACAA-300-242B)

    d. Certificación de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Manual, Equipo Médico (Forma ACAA-300-242C)

4. El procedimiento de autorización se inicia cuando el personal de la ACAA designado en la Oficina Regional genera las consultas a través del Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). Se requiere la autorización del Departamento de Asuntos Médicos para **todos** los beneficios solicitados por un lesionado de accidente de vehículo de motor con **excepción** de la primera visita al Dentista (primera placa panorámica).

5. El Área de Autorización de Servicios recibe la consulta a través del Módulo de Buzón Médico Central, del Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). Los documentos que se mencionan a continuación son necesarios para la evaluación de una consulta dental por parte del Área de Autorización de Servicios. Es responsabilidad de la Oficina Regional digitalizar estos documentos antes de realizar la consulta.

    a. Radicación y Certificación de Reclamaciones, Forma ACAA C-001.

    b. Datos dentales que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado y diagrama del cuerpo humano para identificar las áreas que fueron impactadas en el accidente de automóvil, Forma ACAA 300-53 A, B y C.

c. Informe de Evaluación y Tratamiento de todos los dentistas que han evaluado al lesionado, Forma ACAA 300-70.

d. Informe de Choque de Tránsito, Forma PPR 621.4.

e. Fotos de la(s) lesión(es), cuando el servicio a solicitar es un procedimiento de cirugía plástica, maxilofacial o reconstructiva, o cuidados de heridas o ulceras de la piel.

f. Informe de evaluación de Sala de Emergencia, (si aplica).

g. Reportes de radiología dental e informe de procedimientos realizados.

h. Resumen de Alta del hospital (si aplica).

6. Al abrir el Buzón de Médico Central, el Oficial de Consulta (Dentista) deberá analizar y evaluar las consultas usando de referencia toda la información digitalizada en Sistema Electrónico (ACAA-21 Web). El Oficial de Consulta (Dentista) deberá contestar las consultas, aprobando o denegando lo solicitado. De ser denegado el beneficio, el Oficial de Consulta (Dentista) deberá indicar la razón especifica de la denegación.

7. En caso de aprobación, el Oficial de Consulta incluirá los códigos aprobados según el Manual de Tarifas vigente de la ACAA.

8. La aprobación o la denegación de cada servicio se consignará mediante la firma electrónica del Oficial de Consulta (Dentista) que la evaluó.

VIII Vigencia

Esta política tendrá vigencia inmediatamente después de su aprobación. Queda derogada cualquier otra política o disposición anterior en conflicto con esta normativa.

IX. Anejos

1. Informe de Choque de Tránsito Forma - PPR 621.4

2. Radicación y Certificación de Reclamaciones – ACAA C-001

3. Datos Médicos que puedan ayudar al manejo adecuado del Lesionado – Forma ACAA 300-53 A

4. Diagrama del Cuerpo Humano Hombre – Forma ACAA 300-53 B
5. Diagrama del Cuerpo Humano Mujer – Forma ACAA 300-53 C
6. Informe de Evaluación y Tratamiento – Forma ACAA 300-70
7. Certificación de Servicios Médicos-Hospitalarios y Quiroprácticos – Forma ACAA 300-242
8. Certificación Manual de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos Forma ACAA 300-242-A
9. Certificación Manual de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos (Cirugía Ambulatoria) Forma ACAA 300-242-B
10. Certificación Manual de Servicios Médico-Hospitalarios y Quiroprácticos (Equipo Médico) Forma ACAA 300-242-C
11. Dental Claim Form – Forma ADA American Dental Association

X. Control de Cambios:

Nombre de la Política y Procedimiento	Fecha:	Cambios:
Servicios Dentales y Maxilofaciales	9 de octubre de 2006	Derogada

Portal oficial del Gobierno de Puerto Rico.

Iniciar Tour

BIBLIOTECA VIRTUAL

NEGOCIADO DE LA POLICÍA
GOBIERNO DE PUERTO RICO

Menu

Categoría:	Sub-Categoría:	Fecha Efectividad:
Políticas y Procedimientos	Formularios PPR	28/12/2018

PPR-621.4 Informe de Choque de Tránsito

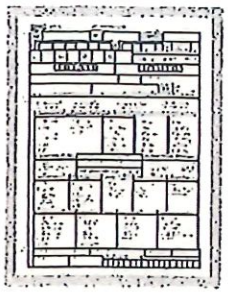
Descripción:

PPR-621.4 Informe de Choque de Tránsito

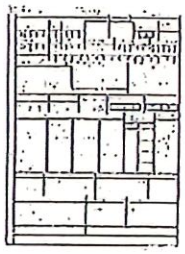
2024 Negociado de la Policía de Puerto Rico

Comentarios

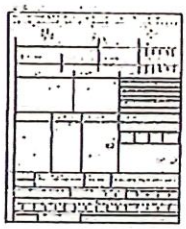
Str... 1 / 6 71%



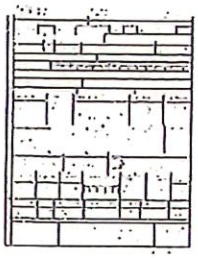
1

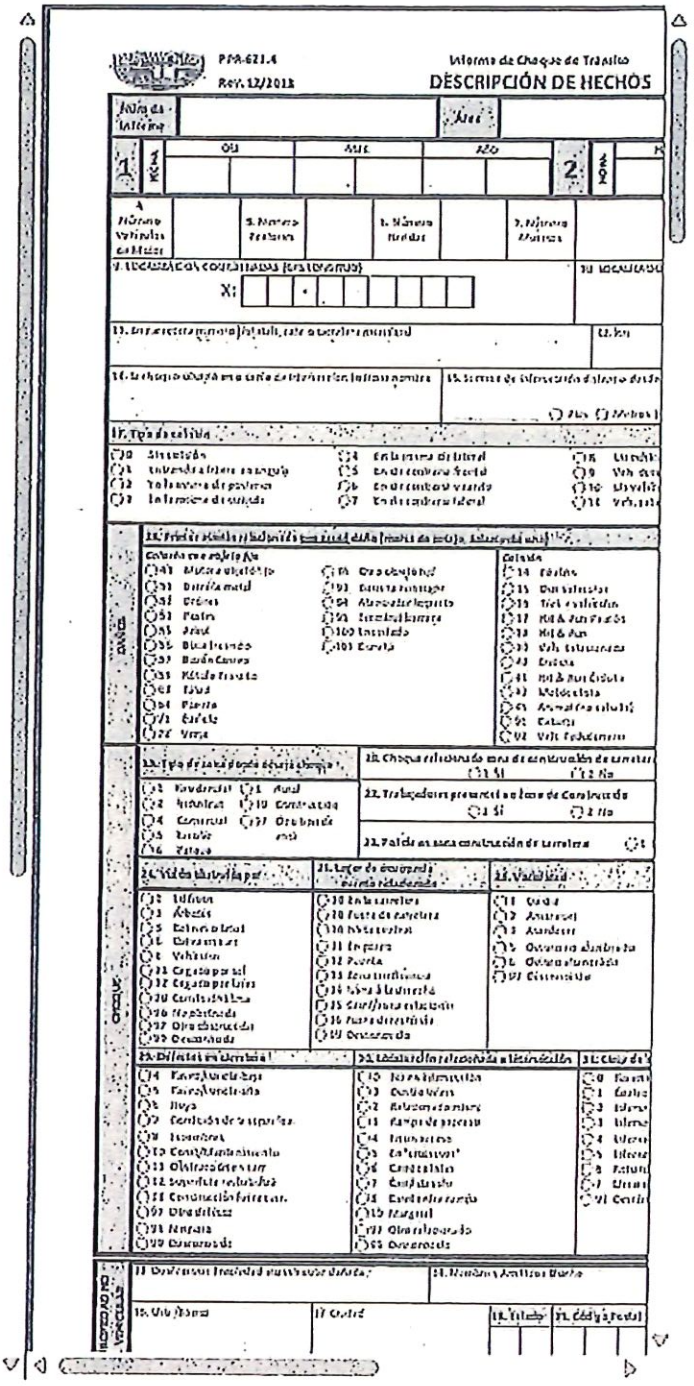


2



3





PPR-621.4
Rev. 12/2018

Informe de Choque de Tránsito
DESCRIPCIÓN DE HECHOS

Agregar comentario

Nombre Completo:

2024 Negociado de la Policía de Puerto Rico

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

RADICACIÓN Y CERTIFICACIÓN DE RECLAMACIONES

NÚMERO DE RECLAMACIÓN:___ TIPO DE PRIMA:___ NÚMERO DE QUERELLA:___

INFORMACIÓN DEL ACCIDENTE

Núm. de Cuartel o Placa de Policía	Fecha del Accidente (Mes-Día-Año)	Hora	Lugar del Accidente	Pueblo	Fecha de Radicación (Mes-Día-Año)

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Número de Seguro Social	Clasificación: Conductor ___ Peatón ___ Pasajero ___ Motora ___ Ciclista ___ Jinete ___	Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal

Dirección Postal:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular

Teléfono del Trabajo	Teléfono Residencial	Email	Ocupación	Fecha de Nacimiento (Mes-Día-Año)

Seguro Privado Si_ No	Seguro Social Choferil Si__ No__	Nombre de la Aseguradora	Número de Póliza

INFORMACIÓN DEL TUTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo

Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Residencial

Número de Seguro Social	Relación con el Lesionado	Email:	Teléfono Celular

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Dirección Residencial:	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo:
				Teléfono Residencial:

Dirección Postal :	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular::

Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

NÚMERO DE RECLAMACIÓN: ___

INFORMACIÓN DEL CONDUCTOR AUTORIZADO ACOMPAÑANTE

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre	Inicial	Sexo

Dirección Residencial	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono del Trabajo
				Teléfono Residencial
Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular

Número de Seguro Social	Número de Licencia de Conducir	Tipo de Licencia	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)

INFORMACIÓN DEL DUEÑO DEL VEHÍCULO

Nombre Persona o Compañía:	Sexo:

Dirección Residencial o Negocio	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Persona o Compañía
				Teléfono Residencial
Dirección Postal	Ciudad	País	Código Postal	Teléfono Celular:

Número de Seguro Social	Número de Tablilla de Vehículo	Tipo de Vehículo	Fecha de Expedición (Mes-Día-Año)	Fecha de Expiración (Mes-Día-Año)	Número Marbete

DESCRIPCIÓN DEL ACCIDENTE

Escriba de manera concisa las lesiones y descripción de cómo ocurrió el accidente. Además, incluya el nombre de todas las personas que estuvieron en ese accidente.

Indique si tiene otra reclamación con ACAA vigente y cuál es el número de caso.

Certifico que la información suministrada es correcta y conociendo las penalidades de Ley por ofrecer información falsa juro y firmo para que así conste.

Nombre del Reclamante y/o Representante:	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Reclamante y/o Representante:	
Nombre del Oficial de Reclamaciones:	Fecha: (Mes-Día-Año)
Firma del Oficial de Reclamaciones:	
Nombre del Director: o Representante Autorizado	
Firma del Director o Representante Autorizado:	

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Edad:

Ocupación:

Núm. Solicitud:

Médico Primario y/o IPA: ___

Núm. de Reclamación:

Datos médicos que pueden ayudar al manejo adecuado del lesionado

Firma del lesionado: _____

Firma del familiar/encargado: _____
Relación con el lesionado: _____
Fecha: _____

*Este documento debe ser completado en su totalidad

ADMINISTRACIÓN DE COMPÈNSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

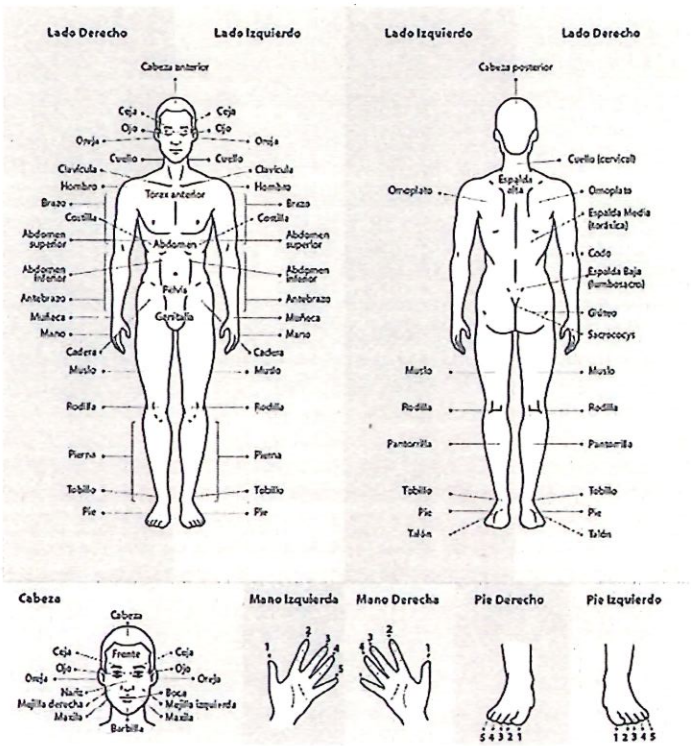
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL



¿Fue a sala de Emergencia? Sí __ No __ ¿Dónde? _____
¿Fue hospitalizado? Sí __ No __ ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____
Relación con el lesionado _____
Fecha: _____

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

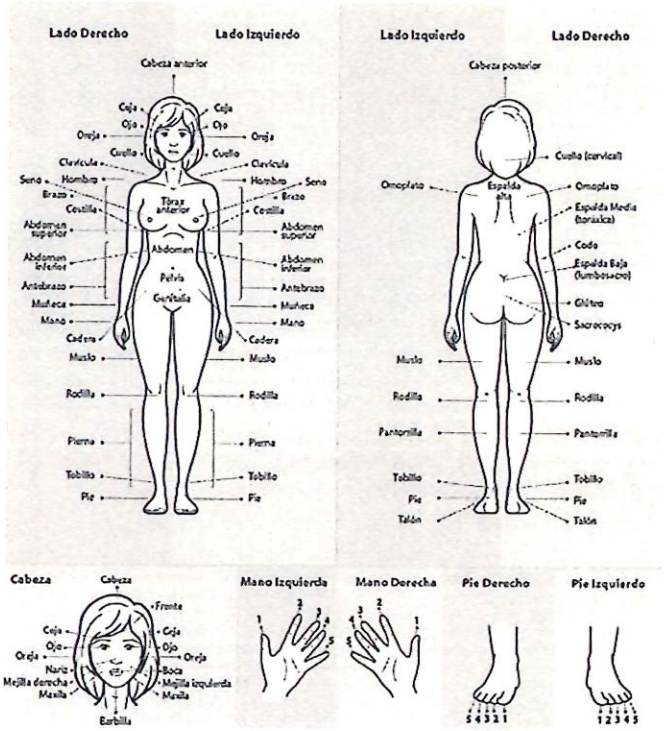
Nombre del Lesionado:

Fecha Accidente:

Núm. de Solicitud:

Núm. de Reclamación:

DIAGRAMA DEL CUERPO HUMANO
PARA IDENTIFICAR LAS ÁREAS QUE FUERON IMPACTADAS EN EL ACCIDENTE DEL AUTOMOVIL



¿Fue a sala de Emergencia? Sí__ No__ ¿Dónde? _____

¿Fue hospitalizado? Sí__ No__ ¿Dónde? _____

Firma del lesionado _____

Firma del familiar/encargado _____

Relación con el lesionado _____

Fecha: _____

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

INFORME DE EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO / MEDICAL EVALUATION

Núm. de Reclamación/Claim Number:	**Fecha Accidente/Accident Date:**
Nombre/Name:	**Edad/Age:**

Lugar de Servicio/Place of Services: ☐ ER ☐ OFIC. ☐ HOSP.

Queja Principal/Main Complaint:

Physical Exam: BP_____ P_____ R_____ T_____ Weight_____ Allergies_____

Gen.
Distress: ☐ none ☐mild ☐ moderate ☐ severe
Nutrition: ☐ nl ☐ mainourished ☐obese
Hydratation: ☐ nl ☐dehydrated

CV:
☐regular rate, rhythm ☐heart sound nl, no murmur
☐distal pulses strong and symmetric

Head:
☐no evidence of trauma ☐no raccoon eyes ☐ no battle's sign

Resp.
☐no resp. distress ☐breath sounds clear and equal ☐chest nontender

Eyes:
☐PERRL ☐ EOMI ☐ lids, sclera nl

Abd:
☐Soft, nontender ☐no organomegaly ☐rectal nl, heme negative

ENT:
☐external facial exam nl ☐no hemotympanum
☐nasal exam nl ☐no dental injury, no malocclusion

GU:
Male: ☐inspection nl ☐testicular exam ☐prostate nl
Female: ☐inspection nl ☐bimanual exam nontender

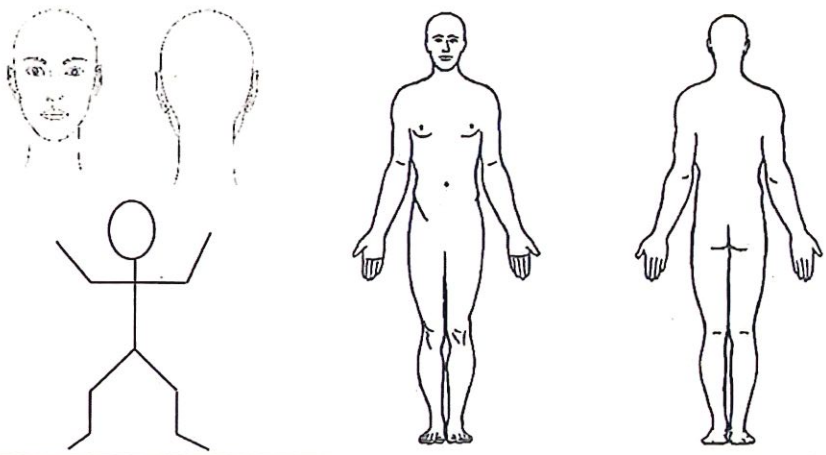
Neck:
☐nontender ☐painless ROM ☐trachea midline

Neuro:
☐alert and oriented x3 ☐craniar nerves intact ☐speech nl
☐no motor deficit ☐sensation intact to light touch ☐gait nl

Psych:
☐affect, mood nl ☐judgement nl

Skin:
☐warm, dry ☐no cyanosis

Musculoeskeletal:
☐no thoracic, lumbar, or sacral vertebral tenderness



Diagnósticos/Diagnosis (code)

1.

2.

3.

4.

Tratamiento/Treatment:

Paciente dado de alta/Discharged: ☐sí ☐no

Fecha de seguimiento/ Follow up:

☐Certifico que he examinado a este paciente y que las lesiones descritas fueron ocasionadas por el accidente de automóvil./ I certify that the patient has been examined, and the described injuries were caused by the car accident.

Nombre del Médico/Doctor's name _____ Firma/Signature _____ Fecha/Date _____ #licencia/ license #

Forma ACAA 300-70
Rev. Noviembre -2021

GOBIERNO DE PUERTO RICO
ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
Nombre del Lesionado:	Fecha de emisión:
Número de Reclamación:	Fecha de vencimiento:
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente:

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación con su factura, hoja de evaluación, nota de progreso y la carta de excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. La Firma del Lesionado es requerida en este Documento.
5. El Lesionado deberá Inicialar por servicios prestados.

Nombre del proveedor:	Teléfono:
Especialidad:	Correo electrónico:
Dirección:	

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que provea los servicios médicos que a continuación detallamos:

Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:

Nombre del Oficial de Reclamaciones:	Firma de Oficial de Reclamaciones:_____
Nombre del lesionado en letra de molde:	Firma del Lesionado:_____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN MANUAL DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

INFORMACIÓN DEL LESIONADO

Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):
Número de reclamación:	**Fecha de vencimiento** (mes/día/año):
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación original con su factura, Hoja de Evaluación, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en la certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. **La firma del lesionado es requerida en este documento.**
5. **El lesionado deberá inicialar por servicios prestados.**

Nombre del proveedor: Teléfono:
Especialidad: Correo electrónico:
Dirección:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado _____ quien sufrió un accidente de vehículo de motor para que le preste los servicios que a continuación detallamos:

Servicio:	Número de autorización:	Total de servicios:	Iniciales:
☐ Ambulancia			
☐ Transporte alterno			
☐ Visita Inicial			
☐ Visita Seguimiento			
☐ Rayos X			
☐ Rayos X Interpretación			
☐ Rayos X Producción			
☐ Rayos X Producción e Interpretación			
☐ Uso de sala de emergencia (posterior a las 48 horas)			
☐ Hospitalización			
☐ Cirugía electiva			
☐ Sesiones de Terapia Física			
☐ Sesiones psiquiátricas			
☐ Laboratorios			
☐ Casa de convalecencia			
☐ Programa de Salud en el Hogar			
☐ Servicios de enfermería			
☐ Servicio de terapia física en el hogar			
☐ Evaluación psicológica			
☐ Visita psicológica subsiguiente			
☐ Terapia por psicólogo			
☐ Evaluación neuropsicológica			
☐ Evaluación oftalmológica			
☐ Otros: _____			

Nombre del Oficial de Orientación: _____ Firma Oficial de Orientación: _____

Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____

Nombre del lesionado en letra de molde: _____ Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN MANUAL DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS
CIRUGÍA AMBULATORIA

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):
Número de reclamación:	**Fecha de vencimiento** (mes/día/año):
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación con su factura, Hoja de Devolución, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en esta certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. **La firma del lesionado es requerida en este documento.**
5. **El lesionado deberá inicialar por servicios prestados.**

Nombre del proveedor: Teléfono:

Especialidad:

Dirección: Correo electrónico:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado _____ para que le brinde los servicios que a continuación detallamos:

Servicio:	Número de autorización:	Iniciales:
☐ Anestesia	_____	_____
☐ Visita Pre anestésica	_____	_____
☐ EKG Producción	_____	_____
☐ EKG Interpretación	_____	_____
☐ EKG Intraoperatorio	_____	_____
☐ EKG Clearance Cardiac Risk	_____	_____
☐ Uso de sala de operaciones	_____	_____
☐ Laboratorio	_____	_____
☐ Rayos X Clearance pecho - producción	_____	_____
☐ Rayos X Clearance pecho – interpretación	_____	_____
☐ Cirugía ambulatoria	_____	_____
☐ Otros: _____	_____	_____

Nombre del Oficial de Orientación: _____ Firma Oficial de Orientación: _____

Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____

Nombre del lesionado en letra de molde: _____ Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

ADMINISTRACIÓN DE COMPENSACIONES POR ACCIDENTES DE AUTOMÓVILES

CERTIFICACIÓN MANUAL DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS
EQUIPO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL LESIONADO	
Nombre del lesionado:	Fecha de emisión (mes/día/año):
Número de reclamación:	**Fecha de vencimiento** (mes/día/año):
Áreas anatómicas para servicios:	Fecha de accidente (mes/día/año):

INFORMACIÓN DEL PROVEEDOR DE SERVICIO

Instrucciones al proveedor de servicio:

1. Acompañe certificación con su factura, Hoja de Evaluación, Nota de Progreso y la Carta de Excepción, si aplica.
2. Asegúrese que los servicios facturados coincidan con los servicios autorizados en esta certificación.
3. Sujeto a auditoría médica.
4. **La firma del lesionado es requerida en este documento.**
5. **El lesionado deberá Inicialar por servicios prestados.**

Nombre del proveedor: Teléfono:

Especialidad: Correo electrónico:

Dirección:

AUTORIZACIÓN DE SERVICIOS MÉDICO-HOSPITALARIOS Y QUIROPRÁCTICOS

Le referimos al lesionado _____ para que le brinde los servicios que a continuación detallamos:

Servicio:	**Número de autorización:**	**Iniciales:**
☐ Equipo Médico Duradero – Bastón (E0100)	_____	_____
☐ Equipo Médico Duradero – Cabestrillo (A4565)	_____	_____
☐ Equipo Médico Duradero – Collar cervical (L0120)	_____	_____
☐ Equipo Médico Duradero – Muletas (E0114)	_____	_____
☐ Equipo Médico Duradero – Splint de brazo (L3908)	_____	_____
☐ Equipo Médico Duradero – Splint de tobillo (L1902)	_____	_____
☐ Equipo Médico tarifario _____Código_____	_____	_____

Nombre del Asistente de Orientación: _____ Firma Asistente de Orientación:_____

Nombre del Supervisor: _____ Firma del Supervisor: _____

Nombre del lesionado en letra de molde: _____ Firma del lesionado: _____

Advertencia: Esta Certificación de Servicios Medico-Hospitalarios y Quiroprácticos contiene información estrictamente confidencial. De usted no ser el destinatario autorizado, favor de notificar inmediatamente por teléfono a la oficina regional de la ACAA más cercana para programar la devolución de este documento o devolver por correo postal federal a la siguiente dirección: ACAA Departamento de Operaciones, PO Box 364847, San Juan, PR 00939-4847. Si usted no es el destinatario provisto, se le notifica que cualquier divulgación, copia, distribución o cualquier acción basada en el contenido de este documento está estrictamente prohibido.

Forma ACAA-300-242C
Rev. 9-2025

ADA American Dental Association® Dental Claim Form

HEADER INFORMATION

1. Type of Transaction (Mark all applicable boxes) ☐ Request for Predetermination/Preauthorization ☐ Statement of Actual Services ☐ EPSDT / Title XIX

2. Predetermination/Preauthorization Number

DENTAL BENEFIT PLAN INFORMATION

3. Company/Plan Name, Address, City, State, Zip Code

3a. Payer ID

OTHER COVERAGE (Mark applicable box and complete items 5-11. If none, leave blank.)

4. Dental? ☐ Medical? ☐ (If both, complete 5-11 for dental only.)

5. Name of Policyholder/Subscriber in #4 (Last, First, Middle Initial, Suffix)

6. Date of Birth (MM/DD/CCYY) | 7. Gender ☐M ☐F ☐U | 8. Policyholder/Subscriber ID (Assigned by Plan)

9. Plan/Group Number | 10. Patient's Relationship to Person named in #5 ☐ Self ☐ Spouse ☐ Dependent ☐ Other

11. Other Insurance Company/Dental Benefit Plan Name, Address, City, State, Zip Code

11a. Other Payer ID

POLICYHOLDER/SUBSCRIBER INFORMATION (Assigned by Plan Named in #3)

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

13. Date of Birth (MM/DD/CCYY) | 14. Gender ☐M ☐F ☐U | 15. Policyholder/Subscriber ID (Assigned by Plan)

16. Plan/Group Number | 17. Employer Name

PATIENT INFORMATION

18. Relationship to Policyholder/Subscriber in #12 Above ☐ Self ☐ Spouse ☐ Dependent Child ☐ Other | 19. Reserved For Future Use

20. Name (Last, First, Middle Initial, Suffix), Address, City, State, Zip Code

21. Date of Birth (MM/DD/CCYY) | 22. Gender ☐M ☐F ☐U | 23. Patient ID/Account # (Assigned by Dentist)

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-10 = AB)

34a. Diagnosis Code(s) (Primary diagnosis in "A") A _____ B _____ C _____ D _____

31a. Other Fee(s)

32. Total Fee

35. Remarks

AUTHORIZATIONS

36. 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

37. 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

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

ANCILLARY CLAIM/TREATMENT INFORMATION (alll dates in MM/DD/CCYY format)

38. Place of Treatment ☐ (e.g. 11=office; 22=O/P Hospital) (Use "Place of Service Codes for Professional Claims") | 39. Enclosures (Y or N)

39a. Date Last SRP

40. Is Treatment for Orthodontics? ☐ No (Skip 41-42) ☐ Yes (Complete 41-42) | 41. Date Appliance Placed (MM/DD/CCYY)

42. Months of Treatment | 43. Replacement of Prosthesis ☐ No ☐ Yes (Complete 44) | 44. Date of Prior Placement (MM/DD/CCYY)

45. Treatment Resulting from ☐ Occupational illness/injury ☐ Auto accident ☐ Other accident

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

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

53a. Locum Tenens Treating Dentist? ☐

54. NPI | 55. License Number

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

57. Phone Number ( ) - | 58. Additional Provider ID

SAMPLE

©2024 American Dental Association
J43024 (Same as ADA Dental Claim Form – J43124, J43224, J43424, J43024T)
To reorder call 800.947.4746 or go online at ADAstore.org

ADMINISTRACION DE COMPENSACION POR ACCIDENTES DE AUTOMOVILES
te protege
Efectivo en la fecha abajo indicada, se levanta este documento.
Firma Director Ejecutivo
Fecha:

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por
Accidentes de Automóviles
PROCEDIMIENTO

Título: Servicios Dentales y Maxilofaciales	
Departamento de Asuntos Médicos División: N/A	Número: Nueva creación: ( ) Fecha: abril de 2004
Fecha efectividad: 9 de octubre de 2006 Aprobado por: Hiram A. Meléndez Rivera Director Ejecutivo Página 1 de 3	Revisión: Fecha Enmienda: ( ) Fecha

I. INTRODUCCIÓN :

Estos procedimientos contiene información básica concerniente al proceso que la Agencia conduce para autorizar tratamientos dentales y maxilofaciales, conducir evaluaciones de lesionados antes y durante un tratamiento y la revisión de facturas por servicios profesionales sometidas por los proveedores.

El mismo tiene como objetivo servir de guía y orientación al personal pertinente de la Agencia sobre los procesos que se deben seguir durante la autorización y revisión de los servicios prestados a los lesionados cubiertos por la Agencia.

II. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS MEDICOS AREA DENTAL Y CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL:

Procedimientos en autorización de tratamiento Dental y Facturación:

1. La forma ACAA 300-139 con las radiografías y evidencia del accidente Forma ACAA 300-10 (informe del Accidente) es enviada por correo por el proveedor que hará el tratamiento al lesionado.
2. Estos casos el correo los envía directamente al Departamento de Asuntos Médicos (área Dental.)
3. Se reciben en el Departamento de Asuntos Médicos y se registran.
4. **También son enviadas por Pre-Intervención las facturas de maxilofacial, listas para pago. Las envían a Asuntos Médicos sin ser procesadas directamente.**

Procedimientos del Departamento de Asuntos Médicos(Área Dental)

1. Se clasifican por grupos dependiendo el caso:
   a) Casos que le faltan documentos
   b) Casos que están listos para procesar
   c) Casos para Pre-autorización
   d) Facturas listas para pago
   e) Facturas que le faltan información
   f) Casos para contestar correspondencia al dentista
   g) Casos que se contestan a las Oficinas Regionales
2. Se devuelven los casos que le faltan documentos con una carta explicativa.
3. El Asesor Dental determina si ve al lesionado o autoriza el tratamiento.
4. El Asesor Dental determina los honorarios según establecidos por la Agencia.
5. Determina si es necesario escribir al proveedor para abundar más sobre el caso.
6. Pre-autorización dental se devuelve al proveedor para que realice los procedimientos que fueron aprobados.

7. Una vez el proveedor finalice el tratamiento, enviara la factura (ACAA 300-139) con las fechas de servicio.

Procedimientos de Facturación

1. Las facturas llegan a Asuntos Médicos, luego que el correo las trae a la oficina
2. Se clasifican por caso o número de reclamación
3. Se revisan para ver que reúnan todos los requisitos tales como:
   a) Número de reclamación
   b) Número de proveedor dental
   c) Fechas de los servicios prestados
   d) Firma del dentista
   e) Firma del lesionado
   f) Forma ACAA 300-139 con tratamiento autorizado y llena en todas sus partes.
4. El Asesor Dental reevalúa nuevamente la factura cuando hay cambio en el tratamiento.
5. Los casos que no llenan requisitos de pago se devuelven al dentista con una carta explicativa indicando el motivo.
6. **Para los casos que están completos se hace un memorando con un listado firmado por el Asesor Dental y se pasan a la División de Pre-Intervención luego de sacar fotocopias.**
7. **La fotocopia de la 300-139 con demás documentos se pasa al archivo médico, luego de anotar en el registro la fecha que salió para el pago.**
8. A los casos que le falta el número de suplidor, se pasan para dar el número a la División de Contrataciones de Servicios Legales.

Evaluación del lesionado

1. El Asesor Dental determina cuando debe evaluar al lesionado para determinar si las lesiones tienen relación con el accidente o para determinar si el tipo de tratamiento es el adecuado según cubierta de ACAA.
2. Cuando son tratamientos tales como:
   a) Ortodoncia
   b) Endodoncia
   c) Prostodoncia
   d) Cirugías
   e) Tratamientos complicados donde están fuera del Manual de Valores de ACAA y amerita otro tipo de proceso.
   f) Cuando hay cambio de tratamiento y el paciente es demasiado joven.
3. Se citan a la Oficina privada del Asesor Dental para evaluación.
4. El Asesor Dental lleva los documentos que envió la Oficina Regional y las cartas del dentista de los lesionados para la evaluación correspondiente.
5. El Asesor dental hace sus recomendaciones en la hoja de evaluación correspondiente; informa al lesionado y/o lo refiere directamente cuando el caso amerita tratamiento inmediato.
6. Luego trae las evaluaciones a la Oficina dental del Departamento de Asunto Médicos Hospitalarios.
7. Las evaluaciones se transcriben y se envían por facsímil a la Oficina Regional que pertenece el caso o le presta asistencia.
8. Cuando el caso lo amerita se le escribe al dentista proveedor recomendando varias alternativas de tratamiento según la cubierta de ACAA

9. Se saca fotocopia de la evaluación y con los demás documentos se envía al archivo médico.
10. Se devuelven radiografías, fotografías y modelos de estudio al dentista proveedor.
11. Cuando el asesor dental le toma fotografías y radiografías al lesionado, éstas se conservan en el expediente en archivo médico. Estas se toman cuando el tratamiento que necesita el lesionado es complicado.

Procedimiento de Consulta

1. La Oficina Regional genera consulta dental o maxilofacial, con los documentos requeridos (300-10, 300-53, 300-70, solicitud de servicio, orden médica) por sistema (ACAA 21).
2. Las consultas son recibidas por el Gerente de Consultas este a su vez las envía al Área Dental.
3. El Asesor Dental evalúa la consulta y emite determinación, se imprime y se firma luego se digitaliza y se envía a la Regional que corresponda.

Plan B (en caso que el sistema ACAA 21 no este funcionando)

1. La Oficina Regional genera consulta dental o maxilofacial, con los documentos requeridos (300-10, 300-53, 300-70, solicitud de servicio, orden médica) por facsímil.
2. Las consultas son recibidas y entregadas al Área Dental para su registro y contestación
3. El Asesor Dental evalúa la consulta y emite determinación, se imprime y se firma luego se envía por facsímil a la Regional que corresponda.
4. Se da de baja en el Control de Consultas y se envía copia de la confirmación del tramite por correo a la Regional.

NOTA: A todos los casos, incluyendo autorización, facturación y evaluación, se les saca fotocopia para el expediente médico. Los facsímiles contestados a la Oficina Regional también se envían al archivo médico en clínicas. Se solicita a la Oficina Regional correspondiente cualquier evidencia adicional del caso cuando sea necesario. Cuando el lesionado solicita información sobre el status de sus casos se le contesta enviando la información solicitada.

II. VIGENCIA

Este manual tendrá vigencia desde la fecha de aprobación por el Director Ejecutivo. El mismo será revisado cada dos (2) años o antes de ser necesario.

III. PRESENTADO POR:

IV. APROBADO POR:

En San Juan de Puerto Rico, a 9 **de** octubre **de 2006.**

Estado Libre Asociado de Puerto Rico
Administración de Compensaciones por
Accidentes de Automóviles
PROCEDIMIENTO

Título: Servicios Dentales y Maxilofaciales	
Departamento de Asuntos Médicos División: N/A	Número: Nueva creación: ( ) Fecha: abril de 2004
Fecha efectividad: 9 de octubre de 2006 Aprobado por: Hiram A. Meléndez Rivera Director Ejecutivo Página 1 de 3	Revisión: Fecha Enmienda: ( ) Fecha

I. INTRODUCCIÓN :

Estos procedimientos contiene información básica concerniente al proceso que la Agencia conduce para autorizar tratamientos dentales y maxilofaciales, conducir evaluaciones de lesionados antes y durante un tratamiento y la revisión de facturas por servicios profesionales sometidas por los proveedores.

El mismo tiene como objetivo servir de guía y orientación al personal pertinente de la Agencia sobre los procesos que se deben seguir durante la autorización y revisión de los servicios prestados a los lesionados cubiertos por la Agencia.

II. DEPARTAMENTO DE ASUNTOS MEDICOS AREA DENTAL Y CIRUGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL:

Procedimientos en autorización de tratamiento Dental y Facturación:

1. La forma ACAA 300-139 con las radiografías y evidencia del accidente Forma ACAA 300-10 (informe del Accidente) es enviada por correo por el proveedor que hará el tratamiento al lesionado.
2. Estos casos el correo los envía directamente al Departamento de Asuntos Médicos (área Dental.)
3. Se reciben en el Departamento de Asuntos Médicos y se registran.
4. **También son enviadas por Pre-Intervención las facturas de maxilofacial, listas para pago. Las envían a Asuntos Médicos sin ser procesadas directamente.**

Procedimientos del Departamento de Asuntos Médicos(Área Dental)

1. Se clasifican por grupos dependiendo el caso:
   a) Casos que le faltan documentos
   b) Casos que están listos para procesar
   c) Casos para Pre-autorización
   d) Facturas listas para pago
   e) Facturas que le faltan información
   f) Casos para contestar correspondencia al dentista
   g) Casos que se contestan a las Oficinas Regionales
2. Se devuelven los casos que le faltan documentos con una carta explicativa.
3. El Asesor Dental determina si ve al lesionado o autoriza el tratamiento.
4. El Asesor Dental determina los honorarios según establecidos por la Agencia.
5. Determina si es necesario escribir al proveedor para abundar más sobre el caso.
6. Pre-autorización dental se devuelve al proveedor para que realice los procedimientos que fueron aprobados.

7. Una vez el proveedor finalice el tratamiento, enviara la factura (ACAA 300-139) con las fechas de servicio.

Procedimientos de Facturación

1. Las facturas llegan a Asuntos Médicos, luego que el correo las trae a la oficina
2. Se clasifican por caso o número de reclamación
3. Se revisan para ver que reúnan todos los requisitos tales como:
    a) Número de reclamación
    b) Número de proveedor dental
    c) Fechas de los servicios prestados
    d) Firma del dentista
    e) Firma del lesionado
    f) Forma ACAA 300-139 con tratamiento autorizado y llena en todas sus partes.
4. El Asesor Dental reevalúa nuevamente la factura cuando hay cambio en el tratamiento.
5. Los casos que no llenan requisitos de pago se devuelven al dentista con una carta explicativa indicando el motivo.
6. **Para los casos que están completos se hace un memorando con un listado firmado por el Asesor Dental y se pasan a la División de Pre-Intervención luego de sacar fotocopias.**
7. **La fotocopia de la 300-139 con demás documentos se pasa al archivo médico, luego de anotar en el registro la fecha que salió para el pago.**
8. A los casos que le falta el número de suplidor, se pasan para dar el número a la División de Contrataciones de Servicios Legales.

Evaluación del lesionado

1. El Asesor Dental determina cuando debe evaluar al lesionado para determinar si las lesiones tienen relación con el accidente o para determinar si el tipo de tratamiento es el adecuado según cubierta de ACAA.
2. Cuando son tratamientos tales como:
    a) Ortodoncia
    b) Endodoncia
    c) Prostodoncia
    d) Cirugías
    e) Tratamientos complicados donde están fuera del Manual de Valores de ACAA y amerita otro tipo de proceso.
    f) Cuando hay cambio de tratamiento y el paciente es demasiado joven.
3. Se citan a la Oficina privada del Asesor Dental para evaluación.
4. El Asesor Dental lleva los documentos que envió la Oficina Regional y las cartas del dentista de los lesionados para la evaluación correspondiente.
5. El Asesor dental hace sus recomendaciones en la hoja de evaluación correspondiente; informa al lesionado y/o lo refiere directamente cuando el caso amerita tratamiento inmediato.
6. Luego trae las evaluaciones a la Oficina dental del Departamento de Asunto Médicos Hospitalarios.
7. Las evaluaciones se transcriben y se envían por facsímil a la Oficina Regional que pertenece el caso o le presta asistencia.
8. Cuando el caso lo amerita se le escribe al dentista proveedor recomendando varias alternativas de tratamiento según la cubierta de ACAA

9. Se saca fotocopia de la evaluación y con los demás documentos se envía al archivo médico.
10. Se devuelven radiografías, fotografías y modelos de estudio al dentista proveedor.
11. Cuando el asesor dental le toma fotografías y radiografías al lesionado, éstas se conservan en el expediente en archivo médico. Estas se toman cuando el tratamiento que necesita el lesionado es complicado.

Procedimiento de Consulta

1. La Oficina Regional genera consulta dental o maxilofacial, con los documentos requeridos (300-10, 300-53, 300-70, solicitud de servicio, orden médica) por sistema (ACAA 21).
2. Las consultas son recibidas por el Gerente de Consultas este a su vez las envía al Área Dental.
3. El Asesor Dental evalúa la consulta y emite determinación, se imprime y se firma luego se digitaliza y se envía a la Regional que corresponda.

Plan B (en caso que el sistema ACAA 21 no este funcionando)

1. La Oficina Regional genera consulta dental o maxilofacial, con los documentos requeridos (300-10, 300-53, 300-70, solicitud de servicio, orden médica) por facsímil.
2. Las consultas son recibidas y entregadas al Área Dental para su registro y contestación
3. El Asesor Dental evalúa la consulta y emite determinación, se imprime y se firma luego se envía por facsímil a la Regional que corresponda.
4. Se da de baja en el Control de Consultas y se envía copia de la confirmación del tramite por correo a la Regional.

NOTA: A todos los casos, incluyendo autorización, facturación y evaluación, se les saca fotocopia para el expediente médico. Los facsímiles contestados a la Oficina Regional también se envían al archivo médico en clínicas. Se solicita a la Oficina Regional correspondiente cualquier evidencia adicional del caso cuando sea necesario. Cuando el lesionado solicita información sobre el status de sus casos se le contesta enviando la información solicitada.

II. VIGENCIA

Este manual tendrá vigencia desde la fecha de aprobación por el Director Ejecutivo. El mismo será revisado cada dos (2) años o antes de ser necesario.

III. PRESENTADO POR:

IV. APROBADO POR:

En San Juan de Puerto Rico, a 9 **de** octubre **de 2006.**