

Fidelio Dental Insurance

Transition of Care Form

What is Transition of Care?

Transition of Care (TOC) allows Fidelio members to continue receiving specific dental services during a change in coverage. This applies to dental procedures that begin while you are covered under one carrier and are completed under a new one. Typically, TOC services require multiple visits to the dental office. TOC may apply to treatments like orthodontics, root canals, crowns, partial dentures, or bridges.

To qualify for TOC, you must submit your application either during enrollment or within 30 days of the start date of your new Fidelio plan.

Examples of Dental Conditions That May Qualify:

- Root canal treatment
- Crowns or bridgework
- Full or partial dentures
- Implants
- Orthodontic treatment

Examples of Dental Conditions That Do Not Qualify:

- Cleanings and exams
- Periodontal services
- Fillings

Can I Apply if I Am Not Currently in Treatment or Seeing a Dental Provider?

No, you must already be receiving treatment for the dental service listed on the TOC request form to qualify for coverage under this program.

How Do I Apply for TOC Coverage?

To apply for TOC coverage, you must submit your request in writing using the TOC request form. This form should be submitted at the time of your enrollment. You cannot submit the request more than 30 days after your plan's start date or notification of your dental provider's termination. Once Fidelio receives your request, we will review and evaluate the information provided.

Instructions for Completing the Request Form

When the form is completed, it must be signed by the patient for whom the Transition of Care (TOC) being requested. If the patient is a minor, a guardian's signature is required. The first few sections of the form apply to the employee. When the form asks for the patient's name, enter the name of the individual receiving care and requesting TOC. To ensure a timely review of your request, please return the form as soon as possible. You must apply for TOC within 30 days of the start date of your Fidelio plan.

Submit this request form to: contractsupport@fideliodental.com
or via mail
Fidelio Dental Insurance
2826 Mt. Carmel Avenue
Glenside, PA 19038



Transition of Care Form

If needed, please work with your dental provider to complete the information below.

Employer			Plan #		Employee Date of Enrollment in Plan (mm/dd/yyyy)	
Employee Name				Employee ID		Work Phone
Home Address	Street	City	State		ZIP	Home Phone/Cell Phone
Patient's Name		Patient's Social Security # or Alternate ID			Patient's Birth Date (mm/dd/yyyy)	Relationship to Employee ☐ Spouse ☐ Dependent ☐ Self

1. Has the patient started root canal treatment for a specific tooth that is in progress and not complete? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide the tooth number and date the root canal treatment started. _____
2. Has the patient started crown and/or bridgework for a specific tooth/teeth that is in progress and not complete? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide the tooth number(s) involved and the prep date. _____
3. Has the patient started treatment for an upper and/or lower denture that is in progress and not complete? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide the arch(es) involved and the prep date. _____
4. Has the patient started treatment for an upper and/or lower partial denture that is in progress and not complete? If yes, please provide the arch(es) involved and the prep date. _____ ☐ Yes ☐ No
5. Has the patient started treatment for implant work that is in progress and not complete? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide the tooth number(s) involved and date(s) of extraction. _____
6. Has the patient started treatment for implant prosthesis work related to the implant(s) that is in progress and not complete? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide the tooth number(s) involved and the prep date. _____
7. Is the patient currently receiving orthodontic treatment? ☐ Yes ☐ No
If yes, please provide the date the patient was banded. _____

8. If you did not answer "Yes" to any of the above questions, please describe the dental service(s) in progress for which the patient is requesting TOC.

Note: Dental treatment plans (not in progress) do not qualify for TOC.

9. Please complete the dental care provider information requested below.

Group Practice Name	
Dental Care Provider Name	Dental Care Provider Phone #
Dental Care Provider Specialty	
Dental Care Provider Tax ID & License Number	
Reason for Service(s)	

I hereby authorize the above health care provider to give Fidelio, or its affiliates and contracted parties, any and all information and medical records necessary to make an informed decision concerning my request for Transition of Care. I understand I am entitled to a copy of this authorization form.

Signature of Patient or Guardian (mm/dd/yyyy)		Date
---	--	------

Submit this request form to: contractsupport@fideliodental.com
Fidelio Dental Insurance
2826 Mt. Carmel Avenue
Glenside, PA 19038



Fidelio Dental Insurance

Formulario de Transición de Atención

¿Qué es la Transición de Atención?

La Transición de Atención (TOC) permite que los miembros de Fidelio continúen recibiendo servicios dentales específicos durante un cambio de cobertura. Esto se aplica a los procedimientos dentales que comienzan mientras usted está cubierto por una aseguradora pero se completan bajo una aseguradora diferente. Por lo general, los servicios TOC requieren múltiples visitas al consultorio dental. La TOC puede aplicarse a tratamientos como ortodoncia, endodoncia, coronas, dentaduras parciales o puentes.

Para calificar para la TOC, debe enviar su solicitud ya sea durante la inscripción o dentro de los 30 días posteriores a la fecha de inicio de su nuevo plan Fidelio.

Ejemplos de condiciones dentales que pueden calificar:

- Tratamiento de endodoncia
- Coronas o puentes
- Dentaduras completas o parciales
- Implantes
- Tratamiento de ortodoncia

Ejemplos de condiciones dentales que no califican:

- Limpiezas y exámenes
- Servicios periodontales
- Empastes

¿Puedo presentar una solicitud si actualmente no estoy en tratamiento ni consultando con un proveedor dental?

No, ya debe estar recibiendo tratamiento para el servicio dental indicado en el formulario de solicitud de TOC para poder calificar para la cobertura de este programa.

¿Cómo solicito cobertura TOC?

Para solicitar cobertura TOC, debe enviar su solicitud por escrito utilizando el formulario de solicitud TOC. Este formulario debe presentarse en el momento de su inscripción. No puede enviar la solicitud más de 30 días después de la fecha de inicio de su plan o del aviso de rescisión de su proveedor dental. Una vez que Fidelio reciba su solicitud, revisaremos y evaluaremos la información proporcionada.

Instrucciones para completar el formulario de solicitud

Cuando se complete el formulario, debe ser firmado por el paciente para quien se solicita la Transición de Atención (TOC). Si el paciente es menor de edad, se requiere la firma de un tutor. Las primeras secciones del formulario se aplican al empleado. Cuando el formulario solicita el nombre del paciente, ingrese el nombre de la persona que recibe atención y solicita la TOC. Para garantizar una revisión oportuna de su solicitud, devuelva el formulario lo antes posible. Debe solicitar la TOC dentro de los 30 días posteriores a la fecha de inicio de su plan Fidelio.

Envíe este formulario de solicitud a:

contractsupport@fideliodental.com, o por correo postal a:

Fidelio Dental Insurance
2826 Mt. Carmel Avenue
Glenside, PA 19038



Formulario de Transición de Atención

Si es necesario, hable con su proveedor dental para completar la siguiente información.

Empleador		N.º de plan		Fecha de inscripción del empleado en el plan (mm/dd/aaaa)	
Nombre del empleado			ID del empleado		Teléfono del trabajo
Domicilio	Calle	Ciudad	Estado	C.P.	Teléfono de casa/celular
Nombre del paciente		N.º de Seguro Social del paciente o ID alternativa		Fecha de nacimiento del paciente (mm/dd/aaaa)	Relación con el empleado o Cónyuge o Dependiente o Sí mismo

- ¿El paciente ha iniciado un tratamiento de endodoncia para un diente específico y no se ha terminado? o Sí o No
En caso afirmativo, indique el número de diente y la fecha en que comenzó el tratamiento. _____
- ¿El paciente ha comenzado un trabajo de corona y/o puente para un diente/s específico/s y no se ha terminado? o Sí o No
En caso afirmativo, indique los números de los dientes involucrados y la fecha de preparación. _____
- ¿El paciente ha iniciado un tratamiento para una dentadura superior y/o inferior y no se ha terminado? o Sí o No
En caso afirmativo, indique los arcos involucrados y la fecha de preparación. _____
- ¿El paciente ha iniciado un tratamiento para una dentadura parcial superior y/o inferior y no se ha terminado? En caso afirmativo, indique los arcos involucrados y la fecha de preparación. o Sí o No _____
- ¿El paciente ha iniciado un tratamiento para un implante y no se ha terminado? o Sí o No
En caso afirmativo, indique los números de los dientes involucrados y las fechas de extracción. _____
- ¿El paciente ha iniciado un tratamiento para prótesis para implante o implantes y no se ha terminado? o Sí o No
En caso afirmativo, indique los números de los dientes involucrados y la fecha de preparación. _____
- ¿El paciente está recibiendo actualmente tratamiento de ortodoncia? o Sí o No
En caso afirmativo, indique la fecha en que se colocó la banda al paciente. _____
- Si no respondió "Sí" a ninguna de las preguntas anteriores, describa los servicios dentales en curso para los cuales el paciente solicita la TOC.
Nota: Los planes de tratamiento dental (que no están en curso) no califican para TOC.

9. Complete la información del proveedor de atención dental solicitada a continuación.

Nombre de la clínica	
Nombre del proveedor de atención dental	Teléfono del proveedor de atención dental
Especialidad del proveedor de atención dental	
Número de ID fiscal y de licencia del proveedor de atención dental	
Motivo de los servicios	

Por el presente, autorizo al proveedor de atención médica mencionado anteriormente a brindar a Fidelio, o sus filiales y partes contratadas, toda la información y los registros médicos necesarios para tomar una decisión informada con respecto a mi solicitud de Transición de Atención. Entiendo que tengo derecho a una copia de este formulario de autorización.

Firma del paciente o tutor (mm/dd/aaaa)		Fecha
--	--	-------

Envíe este formulario de solicitud a:
contractsupport@fideliodental.com Fidelio Dental Insurance
2826 Mt. Carmel Avenue
Glenside, PA 19038

