

FORMULARIO DE RECLAMACION TRATAMIENTOS DENTALES

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Nombre del contratante: _____ No de Póliza: _____ No de Carné: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____ Fecha Efectiva: Día: _____ Mes: _____ Año: _____

Nombre del paciente: _____

Gastos dentales incurridos por:

Mismo asegurado Cónyuge Hijo Hija Fecha de nacimiento: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Edad: _____

Causa de los gastos: Enfermedad Accidente

Si es por causa de accidente ¿Cuándo ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Lugar donde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

Si es por enfermedad, por favor indique, ¿Cuándo comenzo? _____

Nombre del primer dentista consultado: _____

Fecha primera visita: Día: _____ Mes: _____ Año: _____ Nombre de otros dentistas que le han atendido por la misma enfermedad: _____

Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos comunicarnos con usted.

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.

Firma del Asegurado

Número de teléfono

Día: _____ Mes _____ Año _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETA POR EL PATRONO

¿Tiene usted conocimiento si el empleado o dependiente recibe beneficios de otro plan de gastos médicos y/o dentales? Si No

Si su respuesta es afirmativa, favor indique el nombre de la Compañía: _____

¿Esta usted de acuerdo con el pago de la presente solicitud? Si No

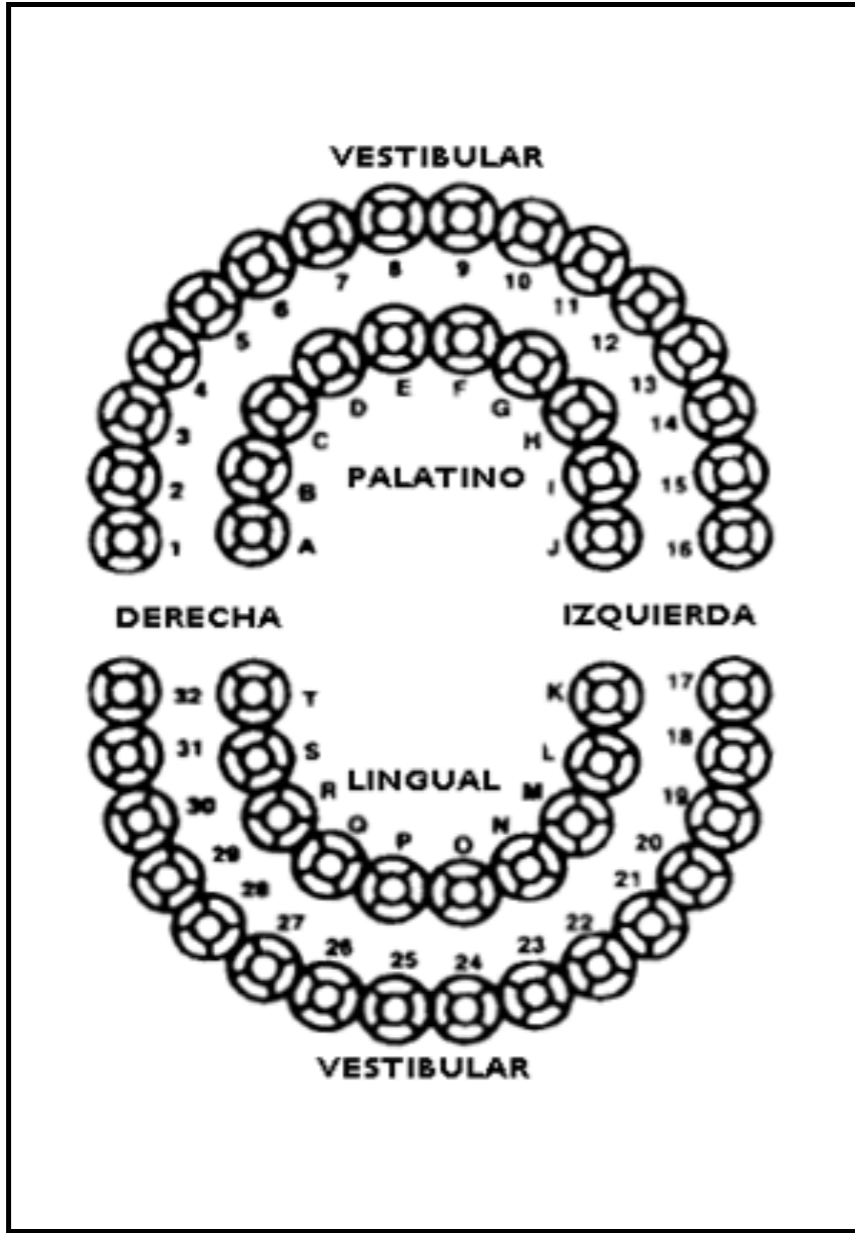
Escribir comentarios: _____

Por este medio hacemos constar que el empleado y dependientes forman parte de nuestro registro de asegurados bajo la clase _____ según los datos de inscripción indicados por él mismo, en la sección primera. Así mismo confirmamos que se encontraba activamente trabajando en el momento en que comenzó la causa de este reclamo.

Nombre, firma y sello del responsable de la empresa asegurada

Día _____ Mes _____ Año _____

SECCION B: DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA



| | | | |
|---|----|-------------------------|---|
| Nombre del Dentista. | | | |
| Dirección | | Fecha de primera visita | |
| Las Radiografías han sido incluidas Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuantas <input type="text"/> | | | |
| Es el tratamiento resultado de un accidente | SI | NO | EXPLIQUE |
| Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? | | | Si razón de reemplazo Fecha de Reemplazo Anterior |
| OBSERVACIONES DEL DENTISTA | | | |
| Use el orden numerico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o exámen realizado | | | |
| Nombre del asegurado titular: _____ | | | |
| Nombre del paciente: _____ | | | |

Use el orden numérico indicad en el diagrama para su reporte del tratamiento o exámenes realizados.
En el caso de no ser suficiente espacio, anexe el detalle

| Diente Número | Superficie | Descripción del servicio (incluye rayos X, profilaxis, materiales utilizados, etc | Fecha del servicio | Cargo (IVA Incluido) |
|---------------|------------|--|--------------------|-------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Nombre del odontólogo: _____ Dirección: _____

Comentarios: _____

Firma y sello del odontólogo Número de teléfono Número de fax Fecha: Día _____ Mes _____ Año _____