

## 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

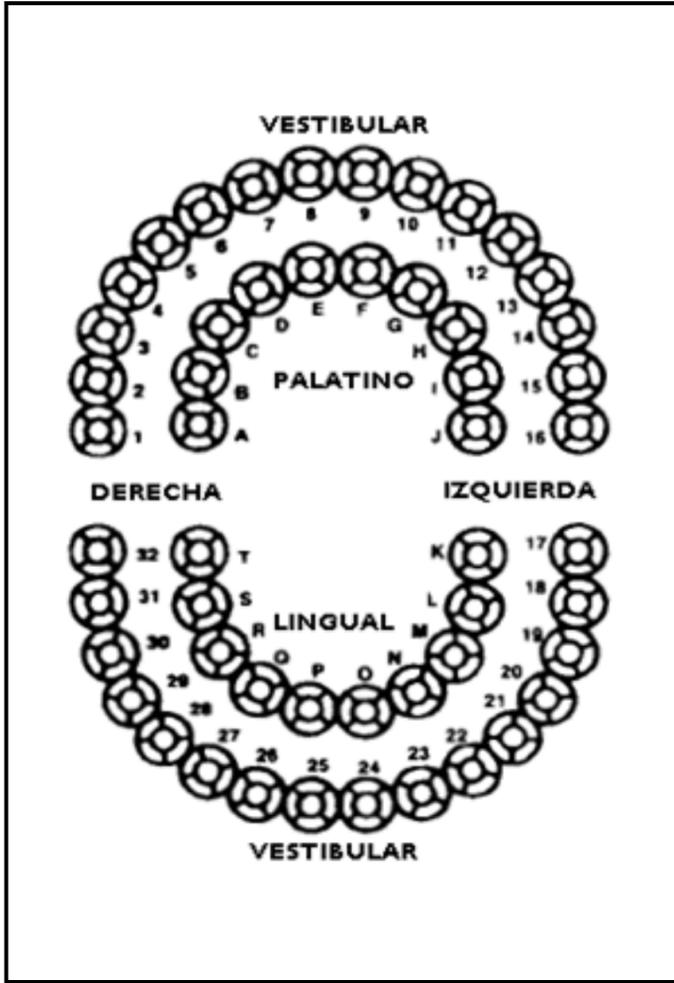
Escribir comentarios: \_\_\_\_\_

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 ____ No ____ Cuantas ____			
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 \_\_\_\_\_