

FORMULARIO DE RECLAMACION TRATAMIENTOS DENTALES



SECCION A: DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de las preguntas descritas en este formulario.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por Gastos Dentales incurridos por mí por mi esposo(a) por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

3. Sexo: Femenino Masculino

4. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI NO

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

5. Nombre y Dirección del dentista consultado:

6. Fecha de la primera visita: _____
DIA MES AÑO

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

Nombre Aseguradora _____

Dirección _____

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos

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.

Nombre del Asegurado Titular

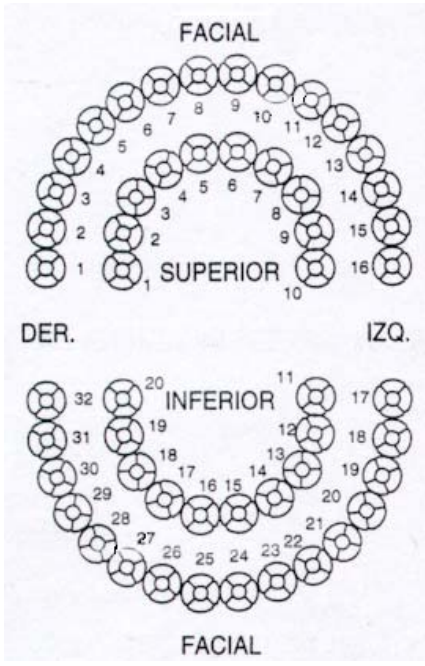
Firma del Asegurado Titular

Fecha: _____
DIA MES AÑO

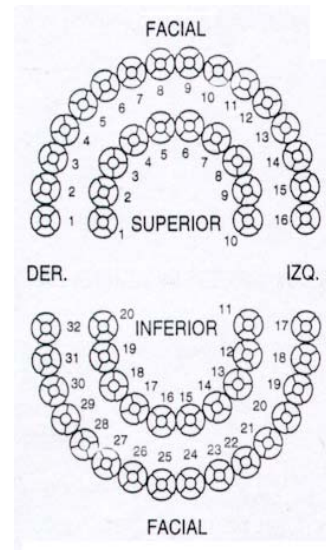
No. de la Tarjeta de Crédito

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES



Nombre del Dentista. _____			
Dirección. _____		Fecha de primera visita. _____	
Las Radiografías han sido incluidas. SI _____ NO _____ Cuántas _____			
Es el tratamiento resutado de Un accidente.	SI	NO	EXPLIQUE. _____
Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			Si no razón de reemplazo _____ Fecha de Reemplazo Anterior. _____
OBSERVACION 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. _____			



MARQUE PIEZAS TRABAJADAS

Fecha: _____

Firma y Sello del Dentista

TOTALES		
DEDUCIBLES		
BALANCES		
BENEFICIOS %		
A PAGAR		
Póliza No.		Calculado por.
Certificado No.		Revisado por.
Aniversario.		Fecha.
Edad		
CUENTAS	EMP 44500 DEP 44600	<u>CLAVE</u>
		Cheque No. _____
		Fecha. _____