



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)

Póliza No. _____ Certificado No. _____

1. Nombre del paciente _____

2. Fecha de Nacimiento _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

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 de la Aseguradora _____

Dirección _____

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono donde podamos 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.

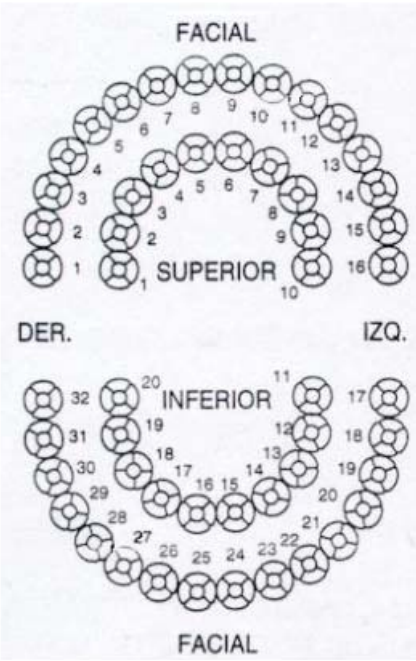
Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

Fecha _____ / _____ / _____
DIA MES AÑO

SECCION B: 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 resultado de un accidente		SI	NO
		EXPLIQUE _____	
Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			
		Si razón de reemplazo	Fecha de Reemplazo Anterior
OBSERVACION DEL DENTISTA _____			
Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado.			
Nombre del Asegurado Titular _____			
Nombre del Paciente _____			

DIENTE NO.	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					I	II	III

MARQUE PIEZAS TRABAJADAS

Fecha: _____

Firma y Sello del Dentista

TOTALES		
DEDUCIBLES		
BALANCES		
BENEFICIOS %		
A PAGAR		
Póliza No.		Calculado por Revisado por Fecha
Certificado No.		
Aniversario		
Edad		