

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

No. Póliza:		Certificado:						
Nombre del Contratante:								
Nombre del Asegurado titular:								
Nombre del paciente:				Fecha de nacimiento:		Día	Mes	año
Gastos por:		Enfermedad: <input type="checkbox"/>	Accidente: <input type="checkbox"/>	Fecha accidente:		Día:	Mes:	Año:
Describa cómo sucedió el accidente:								

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO:

ODONTOGRAMA:

SUPERIOR

18				17				16				15				14				13				12				11																																			
21				22				23				24				25				26				27				28																																			
55				54				53				52				51				61				62				63				64				65																											
DER				85				84				83				82				81				71				72				73				74				75				IZQ																			
48				47				46				45				44				43				42				41				31				32				33				34				35				36				37				38			

INFERIOR

Fecha de la primera evaluación:		Día:		Mes:		Año:	
Historial clínico del paciente (padecimientos o alergias):							

NOTA: Adjuntar radiografías y fotografías digitales de cada pieza detallada en descripción de procedimientos.
 Toda preautorización deberá ser registrada en el portal de proveedores. Si no se cuenta con el acceso en línea a nuestro portal, favor remitir al correo electrónico: gastosmedicos@acsa.com.sv

DESCRIPCIÓN DEL TRATAMIENTO:

N° DE PIEZA DENTAL (SEGÚN ODONTOGRAMA INCLUIDO)	TIPO DE PROCEDIMIENTO	VALOR \$
	TOTAL \$	

Firma y sello del médico tratante

Fecha:

Día:

Mes:

Año: