



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN 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: _____

6. Fecha de la primera visita: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

DIA

MES

AÑO

3. Sexo: Femenino Masculino

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

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

Nombre Aseguradora _____

Dirección _____

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____

DIA

MES

AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

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

5. Nombre y Dirección del dentista consultado:

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 para 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

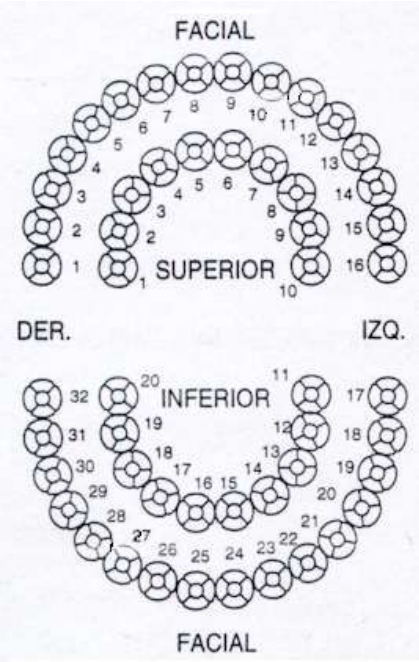
MES

AÑO

No de Certificado/ No de Póliza

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 resultado de un accidente? SI NO EXPLIQUE.

¿Es el tratamiento de prótesis de un remplazo inicial? SI NO EXPLIQUE SI ES NO Fecha de Remplazo Anterior.

OBSERVACIONES DEL DENTISTA.

Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o exámen realizado.

Nombre del Asegurado Titular. _____

Nombre del Paciente. _____

DIENTE NO.	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	COSTO	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.
Certificado No.	Revisado por.
Vigencia	Fecha.
Edad	
	Cheque No. _____
	Fecha. _____