

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN PARA TRATAMIENTOS DENTALES

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

SECCIÓN "A": DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR							
Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentale 1. Nombre del paciente:							
3. Sexo: Femenino Masculino							
4. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SÍ NO							
En caso afirmativo indique:							
¿Cuándo ocurrió?							
¿Dónde ocurrió?							
¿Cómo ocurrió?							
5. Nombre y dirección del dentista consultado:							
•							
6. Fecha de la primera visita:							
7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental							
Nombre de aseguradora:							
Dirección:							
Directions.							
8. Importante: Favor indicarnos la dirección, teléfono y correo e	lectronico a donde podemos contactarle:						
SECCIÓN "B" APLICA ÚNICAMENTE SI I	EL CONTRATANTE ES UNA EMPRESA						
¿Trabajaba el empleado cuando comenzó la incapacidad?	SÍ NO						
¿Se ha reclamado anteriormente por esta incapacidad?	SÍ NO						
¿Recomienda que se pague esta incapacidad?	SÍ NO						
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídi los doctores, personas que me atendieron y a todos los hospitales qu	ue suministren a la compañía de seguros cualquier información,						
inclusive copias exacta	as de sus archivos.						
Nombre del asegurado	Firma del asegurado titular						
C	G						
No. Póliza:	Certificado:						
Fecha							
Día Mes Año	No. de DPI						
Nota: adjuntar al presente reclamo las facturas deta	alladas de servicios recibidos y resultados de RX						



ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

MARQUE PIEZAS NO EXI	STENTES	Nombre del dentista:							
•		Dirección: Fecha de primera visita:							
FACIAL		Las radiografías han							
	12 13 13 14 15	¿Es el tratamiento re un accidente?		SÍ	NO	EXPLIQUE			
DER.	10 16 D	¿Es el tratamiento de reemplazo inicial?	e prótesis de	SÍ	NO	Sí no, razór	de reem	•	de reemplazo anterior.
32	11	OBSERVACIONES DEL DENTISTA:							
FACIAL		Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado.							en realizado.
TACIAL		Nombre del asegura	do titular:						
		Nombre del paciente	e:						
DIENTE SUPERFICIE No.	N DEL SERVICIO	FECHA DE CARGO SERVICIO			- 1	PARA USO ADMINISTRATIVO			
				+					
				+					
				+					
				+					
	Totales								
FACIAL MARQUE TRABAJA			Deducibles						
	Balances								
(G) 3 (S) 4 (S) 4 (S) 4 (S) 4 (S) 4 (S) 5 (S) 4 (S) 5			Beneficios %						
DER.	^{IZQ.} FECHA:	A pagar							
32		Póliza No.				Calculado por:			
		Certificado No.				Revisado por:			
			Aniversario:				Fecha:		
FACIAL	Firma y se	lo del dentista	Edad:						

This document was created with Win2PDF available at http://www.win2pdf.com. The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only. This page will not be added after purchasing Win2PDF.