

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA PÓLIZA, ADJUNTANDO LAS CUENTAS DE LOS GASTOS DENTALES EN FORMA DETALLADA

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 pagadores por gastos dentales incurridos por mi por mi esposo(a) por mi hijo(a)

1.- Nombre del Paciente: _____

2.- Fecha de nacimiento: _____

3.- Sexo: Masculino Femenino

4.- ¿Resulta la dolencia de la ocupación del paciente?

SI NO

Indique la índole de la dolencia: _____

5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente?

SI NO En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____

Día Mes Año

¿Dónde ocurrió? _____

¿Como ocurrió? _____

6.- En caso de enfermedad:

¿Cuándo comenzó? _____

Día Mes Año

7.- Nombre y dirección del primer dentista consultado: _____

8.- Fecha de la primera visita: _____

Día Mes Año

9.- Nombre y dirección de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad: _____

10.- Indique si tiene otro tipo de cobertura médica y dental:

Nombre Aseguradora: _____

Dirección: _____

EN CASO DE PRÓTESIS PARCIALES O FIJAS VERIFICAR QUE SU DENTISTA COMPLETE INCISOS 1 Y 2 DEL REVERSO

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los doctores y dentistas que me atendieron, y a todos los hospitales y otras instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Fecha: _____

Día Mes Año

Firma del empleado: _____

Nombre del empleado: _____

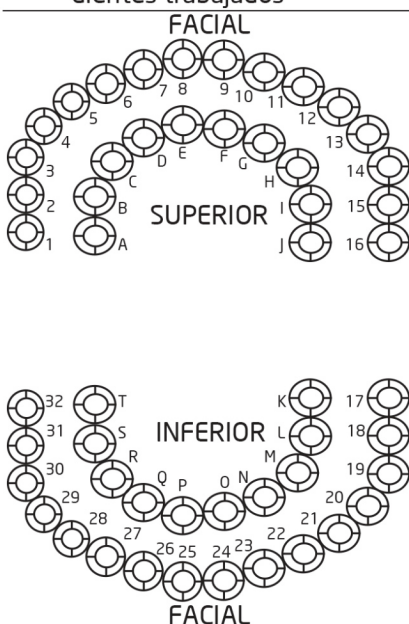
NO SE OLVIDE ADJUNTAR CUENTAS DETALLADAS

(Esta sección debe ser llenada por el patrono)

La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

Nombre del empleado (favor escribir a máquina o en letras de molde)		Fecha efectiva del seguro
Nombre del dependiente (si corresponde)		Fecha efectiva del seguro
No. de Grupo	No. de Certificado	Categoría
Nombre del tenedor de la póliza, patrono, etc.		Fecha
Cargo		Fecha

ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

<p>Marque dientes no existentes y dientes trabajados</p>  <p>FACIAL SUPERIOR FACIAL INFERIOR</p>	<p>Nombre del Dentista y su Dirección _____</p> <hr/> <p>Fecha de la Primera Visita: _____</p> <p>Lugar del Tratamiento: Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/></p> <p>¿Las radiografías han sido incluidas? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Cuántas? _____</p> <p>¿Es el tratamiento resultado de accidente o enfermedad ocupacional? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> EXPLIQUE _____</p> <p>¿Es el tratamiento resultado de un accidente? _____</p> <p>¿Son los servicios cubiertos por otro Plan? _____</p> <p>¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? _____</p> <p style="text-align: right;">Sino, razón de reemplazo: _____</p> <p style="text-align: right;">Fecha de reemplazo anterior: _____</p> <hr/> <p>Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado.</p> <p>Marque: _____ Costo estimado de un tratamiento</p> <p style="padding-left: 100px;">_____ Costo de servicios ya suministrados</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

DIENTE NUMERO	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					%	%	%
Observaciones:			TOTALES:				
Calculado por: _____			DEDUCIBLE:				
Firma y Sello del Dentista: _____			BALANCE:				
Fecha: _____			BENEFICIO:				
			PAGO TOTAL				

RECLAMOS DE ORTODONCIA

Revisado y Aprobado por: _____ Fecha: _____

IMPORTANTE

En caso de prótesis parciales o fijas indicar:
 1) Si es inicial fecha de extracción de los dientes naturales

No. Pieza	No. Pieza	No. Pieza	No. Pieza
No. Pieza	No. Pieza	No. Pieza	No. Pieza

2) Si es reposición indicar fecha que se colocó la prótesis inicial _____

Día Mes Año