

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO, EN LAS TRES SECCIONES DE ESTE FORMULARIO, TODAS LAS PREGUNTAS DESCRITAS DEBEN SER CONTESTADAS.

Esta sección debe completarse por el reclamante y someterse al tenedor de la póliza, adjuntando las cuentas de los gastos dentales en formas detalladas

Por este medio solicito los beneficios pagaderos 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 índole de la dolencia: \_\_\_\_\_

5 Fue causada la dolencia por un accidente

Si  No

En caso afirmativo indique

¿Cuándo ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Dónde ocurrió? \_\_\_\_\_

¿Cómo ocurrió? \_\_\_\_\_

6 En caso de enfermedad

¿Cuándo comenzó? \_\_\_\_\_

DIA MES AÑO

7 Nombre y dirección del primer dentista consultado:

\_\_\_\_\_

8 Fecha de la primera visita:

\_\_\_\_\_

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: \_\_\_\_\_

11 ¿Se encuentra en tratamiento actualmente? Si  No

En caso afirmativo indique: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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 otras personas 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.

Nombre del empleado: \_\_\_\_\_

Cargo del empleado: \_\_\_\_\_

Firma del empleado: \_\_\_\_\_

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----

**NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS  
 ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL PATRONO**

La siguiente información deber ser obtenida de la Tarjeta de Consentimiento

Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina o letra de molde)	Fecha efectiva del Seguro:
Nombre del Dependiente, si corresponde:	Fecha efectiva del Seguro:
No. de Póliza:	No. del Certificado:
Nombre de la Póliza, Patrono, etc.	Fecha:
Firma y Sello del Patrono:	Cargo:

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA**

<p>Marque dientes no existentes</p>	Nombre del Dentista y su dirección:			
	Fecha de la primera visita:			
	Lugar del Tratamiento:		Consultorio: <input type="checkbox"/>	Hospital: <input type="checkbox"/>
	Las Radiografías han sido incluidas: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Cuántas			
	¿Es el tratamiento resultado de accidentes o enfermedad ocupacional?	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Explique:
	¿Es el tratamiento resultado de un accidente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Son los servicios cubiertos por otro plan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Razón de reemplazo
Use el orden numérico o alfabético indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado				
		Servicio Suministrado	Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Paciente:				

**A CONTINUACION DETALLAR CADA PROCEDIMIENTO, FECHA DE SERVICIO Y SU COSTO, EL CUAL DEBE COINCIDIR CON EL VALOR DE LA FACTURA**

DIENTE No.	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					/	//	///
Observaciones:				TOTALES			
				DEDUCIBLE			
				BALANCE			
				BENEFICIOS%			
				<b>A PAGAR</b>			

Firma y Sello del Dentista:

F: \_\_\_\_\_

Fecha: 

DIA	MES	AÑO
-----	-----	-----