

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN SEGURO DENTAL

ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA POLIZA 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 pagaderos por gastos dentales

incurridos por mi por mi esposo (a) por mi hijo (a)

1. Nombre del paciente: _____

Fecha de Nacimiento: _____

2. Sexo: Masculino Femenino

3. ¿Resulta la dolencia de la Ocupación del paciente?

SI NO

4. Indique 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? _____

¿Cómo 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 _____

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 perteneciente a este reclamo.

Firma del Empleado _____

Nombre del Empleado _____

Fecha _____
Día Mes Año

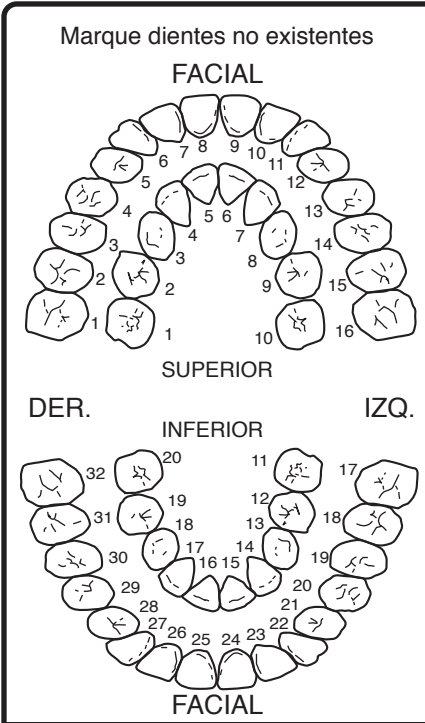
NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

Esta sección debe ser completada por el Patrono

La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Inscripción

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. de Certificado
Nombre de la Póliza, Patrono, etc.	Fecha
Firma y Sello del Patrono	Cargo

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA



Nombre de dentista y su dirección: _____

Fecha de la primera visita: _____

Lugar de Tratamiento: Consultorio _____ Hospital _____

Las Radiografías han sido incluidas: Si _____ No _____ Cuántas _____

Es el tratamiento resultado de accidente o enfermedad ocupacional?	SI	NO	EXPLIQUE:
Es el tratamiento resultado de un accidente?			
Son los servicios cubiertos por otro plan?			
Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			Si no de razón de reemplazo Fecha de Reemplazo anterior.

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

SERVICIO SUMINISTRADO: SI NO

PACIENTE: _____

DIENTE No.	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					/	//	///

Observaciones:	TOTALES	
	DEDUCIBLE	
	BALANCE	
	BENEFICIOS %	
	A PAGAR	

Firma y Sello del Dentista	Póliza No.	Calculado por:
	Certificado No.	
Fecha:	Aniversario:	Fecha:
	Edad:	
	CUENTAS EMP 44500 <u>Clave</u>	Cheque No. _____
	DEP 44600	Fecha: _____