

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DENTAL

ESTA SECCIÓN DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA PÓLIZA, ADJUNTADO 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 Cónyuge por mi hijo(a)

- | | |
|--|---|
| <p>1. Nombre del Paciente _____</p> <p>2. Fecha de Nacimiento _____</p> <p>3. Sexo: Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> <small>MES / DIA / AÑO</small></p> <p>4. ¿Resulta la dolencia de la Ocupación del paciente?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
Indique índole de la dolencia _____</p> <p>5. ¿Fue causada la dolencia por un accidente?
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> En caso afirmativo indique:
¿Cuándo ocurrió? _____
¿Dónde ocurrió? <small>MES / DIA / AÑO</small> _____
¿Cómo ocurrió? _____</p> | <p>6. En caso de enfermedad
¿Cuándo comenzó? _____</p> <p>7. Nombre y dirección del primer dentista consultado
_____</p> <p>8. Fecha de la primera visita
_____ <small>MES / DIA / AÑO</small></p> <p>9. Nombre y dirección de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad.

_____</p> <p>10. Indique si tiene otro tipo de cobertura Médica y Dental.
Nombre Aseguradora _____
Dirección _____</p> |
|--|---|

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 perteneciente a este reclamo

Firma del Empleado _____

Fecha _____ MES / DIA / AÑO Nombre del Empleado _____

NO SE OLVIDE ADJUNTAR LAS CUENTAS DETALLADAS

Esta sección debe ser completada por el Patrono

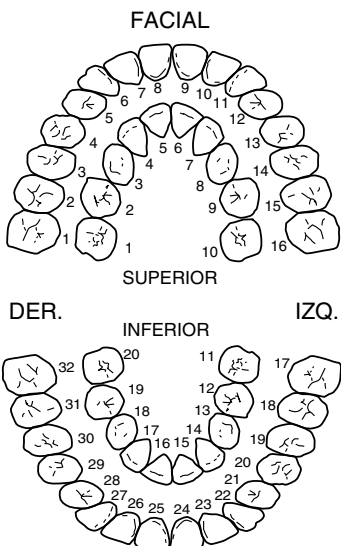
La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

Nombre del Empleado (Favor escribir a máquina o letra de molde)		Fecha efectiva del seguro MES/DIA/AÑO
Nombre del dependiente (si corresponde)		Fecha efectiva del seguro MES/DIA/AÑO
No. del Grupo	No. de Certificado	
Nombre del Tenedor de la Póliza, Patrono, etc.		Firma
Cargo		Fecha MES/DIA/AÑO

SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA

ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

Utilizar ésta superficie para marcar los trabajos realizados



Marque dientes no existentes

Nombre del paciente		
Dirección	Fecha de la primera visita	
SI NO		
Es el tratamiento resultado de accidente o enfermedad ocupacional?		
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 <small>Fecha de Reemplazo anterior.</small> <hr style="width:100px; margin-left:auto; margin-right:auto;"/>
<small>DIA/MES/AÑO</small>		
Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o e examen realizado.		
_____ Costo estimado de un tratamiento		
_____ Costo de servicios ya suministrados		

DIENTE NÚMERO	SUPER-FICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DEL SERVICIO	PARA USO ADMINISTRATIVO			
				CARGO	%	%	%

_____ Firma y Sello del Dentista	_____ Fecha		TOTALES			
			DEDUCIBLE			
			BALANCE			
			PAGO TOTAL			

Observaciones: