



HOJA DE RECLAMO PLAN DENTAL

1. INFORMACIÓN GENERAL				
Póliza No.:		Contratante:		
Certificado No.:		Dirección del Contratante:		
Nombre del Asegurado:				
Nombre del Paciente:				
Fecha de Nacimiento:		Profesión:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Parentesco: <input type="checkbox"/> Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo				
<i>Información laboral:</i>				
Ciudad:	Empresa:	Dirección:	Teléfono:	
<i>En caso de ser estudiante a tiempo completo:</i>				
Ciudad:	Centro Educativo:	Dirección:	Teléfono:	
2. INFORMACIÓN DEL RECLAMO				
¿La causa de la lesión fue por accidente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
En caso afirmativo especifique:	¿Cuándo ocurrió? _____			
	¿Dónde ocurrió? _____			
	¿Cómo ocurrió? _____			

Nombre y Dirección del Dentista consultado: _____				

¿Posee usted otra cobertura de plan dental? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Aseguradora:		
Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales que suministren a la Compañía de Seguros cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos.				
_____		_____		
Firma del Titular		Firma del Médico Tratante		



3. DATOS DEL DENTISTA						
Nombre del Dentista:						
Dirección y Teléfono:						
Nombre del Paciente:						
El tratamiento es resultado de:		Descripción:				
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Lesión ocupacional <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Otro						
<i>En caso de tratamiento de cambio de prótesis:</i>						
Es este un reemplazo inicial: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Fecha del reemplazo:		Motivo del reemplazo:		
¿Este tratamiento es para ortodoncia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Se han incluido las radiografías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Cuántas? _____			
Total de Honorarios L.			Observaciones adicionales:			
4. DETALLE DEL TRATAMIENTO						
	No. Diente	Superficie	Descripción del Servicio	Cargo	Fecha	
					Totales:	
	Observaciones:					
Firma y Sello del Dentista:				Fecha:		
Indique los dientes que faltan con una X. Servicios no usuales use "Observaciones"						
Nota: - Adjuntar los recibos firmados y sellados por el Dentista. - En caso de endodoncias, coronas, cirugías y puentes fijos, favor adjunte radiografías.						