



FORMULARIO DE RECLAMACIÓN TRATAMIENTOS DENTALES

SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

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 mí por mi esposo(a) por mi hijo(a)

1. Nombre del paciente: _____

2. Fecha de Nacimiento: _____

3. Sexo: Femenino Masculino

4. ¿Fue causada la dolencia por un accidente? SI NO

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

5. Nombre y Dirección del dentista consultado: _____

6. Fecha de la primera visita: _____

DIA MES AÑO

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental.

Nombre Aseguradora _____

Dirección _____

8. Importante: Favor indicarnos teléfonos, correo electrónico y dirección a donde podemos comunicarnos con usted

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verdicas y exactas, según mi leal saber y entender; y autorizo a todos los médicos y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y otras instituciones para que suministre a Aseguradora General, S.A. cualquier información, inclusive copias exactas de sus archivos, exámenes de laboratorio y Rayos X pertenecientes a este reclamo. Queda entendido que la Compañía se reserva el derecho de aplazar la liquidación de este reclamo, hasta la obtención de todas las pruebas necesarias para la misma a su completa satisfacción.

Nombre del Asegurado Titular

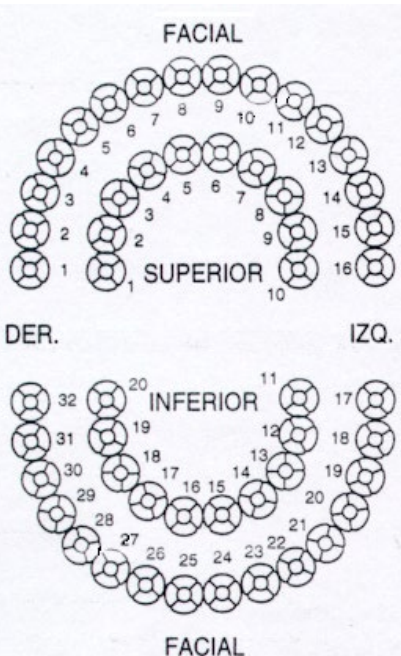
Firma del Asegurado Titular

Fecha: _____
DIA MES AÑO

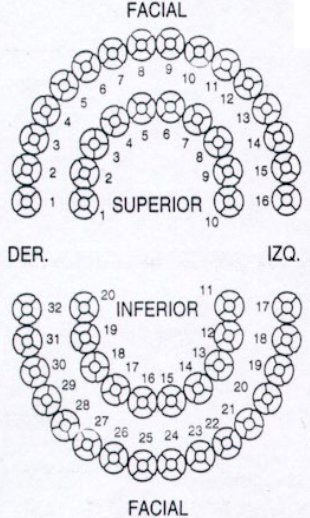
No. Certificado: _____ Teléfono: _____

No olvide adjuntar por separado las facturas detalladas de los gastos de todos los profesionales y centros que intervinieron en el caso, así como las radiografías antes y después del tratamiento.

SECCIÓN B: ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

<p>MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES</p> 	<p>Nombre del Dentista. _____</p>	
<p>Dirección. _____ Fecha de primera visita. _____</p>		
<p>Las Radiografías han sido incluidas. SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Cuántas _____</p>		
<p>Es el tratamiento resultado de Un accidente.</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>EXPLIQUE. _____</p>
<p>Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?</p>	<p>SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/></p>	<p>Si no, razón de reemplazo _____ Fecha de reemplazo Anterior. _____</p>
<p>OBSERVACION DEL DENTISTA. _____</p>		
<p>Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o examen realizado.</p> <p>Nombre del Asegurado Titular. _____</p> <p>Nombre del Paciente. _____</p>		

DIENTE NO.	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO		
					I	II	III

<p>MARQUE PIEZAS TRABAJADAS</p> 	<p>Fecha: _____</p>	<p>TOTALES</p> <p>DEDUCIBLES _____</p> <p>BALANCE _____</p> <p>BENEFICIOS % _____</p> <p>A PAGAR _____</p>												
<p>Firma y Sello del Dentista _____</p>		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 70%;"> <p>Póliza No. _____</p> <p>Certificado No. _____</p> <p>Aniversario. _____</p> <p>Edad _____</p> </td> <td style="border: none; width: 30%;"> <p>Calculado por. _____</p> <p>Revisado por. _____</p> <p>Fecha. _____</p> </td> </tr> <tr> <td style="border: none;"> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 15%;">CUENTAS</td> <td style="border: none; width: 15%;">EMP DEP</td> <td style="border: none; width: 35%;">CLAVE</td> <td style="border: none; width: 35%;">Cheque No. _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Fecha. _____</td> </tr> </table> </td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table>	<p>Póliza No. _____</p> <p>Certificado No. _____</p> <p>Aniversario. _____</p> <p>Edad _____</p>	<p>Calculado por. _____</p> <p>Revisado por. _____</p> <p>Fecha. _____</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 15%;">CUENTAS</td> <td style="border: none; width: 15%;">EMP DEP</td> <td style="border: none; width: 35%;">CLAVE</td> <td style="border: none; width: 35%;">Cheque No. _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Fecha. _____</td> </tr> </table>	CUENTAS	EMP DEP	CLAVE	Cheque No. _____				Fecha. _____	
<p>Póliza No. _____</p> <p>Certificado No. _____</p> <p>Aniversario. _____</p> <p>Edad _____</p>	<p>Calculado por. _____</p> <p>Revisado por. _____</p> <p>Fecha. _____</p>													
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none; width: 15%;">CUENTAS</td> <td style="border: none; width: 15%;">EMP DEP</td> <td style="border: none; width: 35%;">CLAVE</td> <td style="border: none; width: 35%;">Cheque No. _____</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="border: none;"></td> <td style="border: none;">Fecha. _____</td> </tr> </table>	CUENTAS	EMP DEP	CLAVE	Cheque No. _____				Fecha. _____						
CUENTAS	EMP DEP	CLAVE	Cheque No. _____											
			Fecha. _____											