

FORMULARIO DE RECLAMACION TRATAMIENTOS DENTALES



Programa de
Seguro
Médico

ASEGURADORA GENERAL, S.A.



SECCION A: DEBE 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: _____

6. Fecha de la primera visita: _____

DIA

MES

AÑO

2. Fecha de Nacimiento: _____

7. Indique si tiene otro tipo de cobertura dental

3. Sexo: Femenino Masculino

Nombre Aseguradora: _____

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

Dirección: _____

En caso afirmativo indique:

¿Cuándo ocurrió? _____
DIA MES AÑO

¿Dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió? _____

8. Importante: Favor indicarnos la dirección y teléfono a donde podemos

5. Nombre y Dirección del dentista consultado: _____

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.

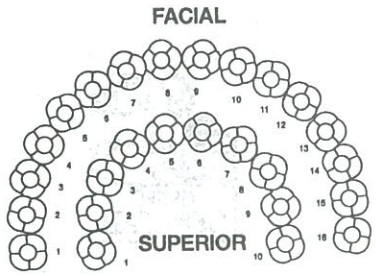
Nombre del Asegurado Titular

Firma del Asegurado Titular

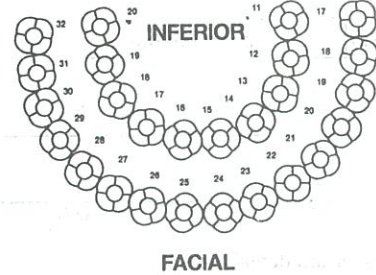
Fecha: _____
DIA MES AÑO

No. de la Tarjeta de Crédito

MARQUE PIEZAS NO EXISTENTES



DER. IZQ.



Nombre Dentista: _____

Dirección: _____ Fecha de primera visita: _____

Las Radiografías han sido incluidas. SI _____ NO _____ Cuántas _____

Es el tratamiento resultado de Un accidente?	SI	NO	EXPLIQUE
--	----	----	----------

Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? Si no razón de reemplazo Fecha de reemplazo Anterior.

OBSERVACIÓN DEL DENTISTA.

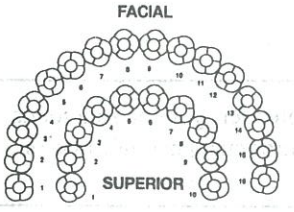
Use el orden numerico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o exámen realizado.

Nombre del Asegurado Titular. _____

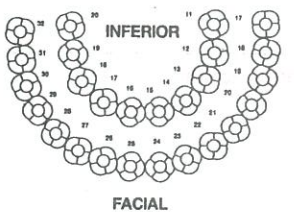
Nombre del Paciente. _____

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

MARQUE PIEZAS TRABAJADAS



DER. IZQ.



FECHA: _____

Firma y Sello del Dentista

TOTALES		
DEDUCIBLES		
BALANCES		
BENEFICIOS %		
A PAGAR		
Póliza No. Certificado No. Aniversario: Edad:		Calculado por: Revisado por: Fecha:
CUENTAS EMP 44500 DEP 44600	CLAVE	Cheque No.: _____ Fecha: _____