

DECLARACIÓN DE RECLAMO DEL DENTISTA

Información del asegurado

- PRESUPUESTO PREVIO AL TRATAMIENTO DEL DENTISTA
 DECLARACIÓN DE SERVICIOS REALES DEL DENTISTA

Nombre del titular de la póliza	Número de póliza:	Clase (si aplica)
Nombre del asegurado	Dirección de correo electrónico	
Nombre del paciente (si es otro distinto al anterior)	Relación con el asegurado	
Domicilio	N. ° de teléfono	
¿Tiene el paciente otro plan de cobertura? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si es así, mencione el nombre del plan dental, número de grupo y nombre y dirección del portador.		

Información del dentista

Nombre, dirección, y n. ° de teléfono del dentista.								
Fecha de primera visita de la serie actual	Lugar de tratamiento	Consulta	Hosp	ECF	Otro	¿Se adjuntan radiografías o modelos? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	¿Cuántos?	
¿Es el tratamiento resultado de una enfermedad o lesión laboral? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si es así, ingrese una descripción breve y fechas								
¿Es el tratamiento resultado de un accidente automovilístico u otro accidente? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si es así, ingrese una descripción breve y fechas								
En caso de prótesis, ¿es una colocación inicial? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Si no es así, explique el motivo de la recolocación y fecha de la colocación anterior.								
¿Es el tratamiento para ortodoncia? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Ingrese la fecha de la colocación inicial y los meses de tratamiento restantes.								
Fecha	Diente n. °	Superficie	Descripción del servicio Incluye radiografías, profilaxis, materiales usados, etc. N. ° de línea			N. ° de procedimiento	Honorarios	Para uso administrativo
Honorarios totales enviados								

Por la presente certifico que los procedimientos indicados por fecha fueron completados y que los honorarios enviados son los honorarios reales que he pedido y pretendo cobrar por estos procedimientos.

Firmado (Dentista)

Fecha

Reintegro

¿Cómo quiere recibir el reintegro?

Cheque Depósito directo Transferencia electrónica

En caso de depósito directo: Nombre del banco _____ N. ° del banco _____
Dirección de la sucursal _____ N. ° de tránsito _____
Nombre del titular de la cuenta _____ Número de cuenta _____

En caso de Nombre del banco _____ ID del banco (Código Swift) _____
Dirección de la sucursal _____
Número de cuenta _____ Moneda de la cuenta _____
Nombre del reclamante _____ Número de cuenta (IBAN) _____
Domicilio de residencia del titular de la cuenta _____

Firma y autorización

He recibido el siguiente plan de tratamiento y autorizo la divulgación de información relativa a este reclamo. Entiendo que soy responsable de todos los costos del tratamiento dental.

Por la presente asigno mis beneficios pagaderos de este reclamo al dentista mencionado y autorizo el pago directamente a él.

Firma (Paciente o padre, si es menor)

Fecha

Firma (Persona asegurada)

Fecha