

FORMULARIO DE RECLAMOS TRATAMIENTOS DENTALES



SECCIÓN A *Completar por el asegurado*

Contratante: _____ N° Póliza: _____ N° Carné: _____

Asegurado titular: _____ Fecha efectiva: ____/____/____
Día Mes Año

Paciente: _____

Gastos Dentales incurridos por: Asegurado Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Hija ☐

Causa de los gastos: Enfermedad ☐ Accidente ☐

Si es por causa accidente: ¿Cuándo ocurrió?: ____/____/____
Día Mes Año

Lugar donde ocurrió: _____

Cómo ocurrió: _____

Si es por enfermedad, por favor indique, ¿Cuándo comenzó? _____

Nombre del primer dentista consultado: _____

Fecha primera visita: ____/____/____
Día Mes Año

Nombre de otros dentistas que le han atendido por

la misma enfermedad: _____

Firma del asegurado

N° de Teléfono

Fecha: ____/____/____
Día Mes Año

SECCIÓN B *Completar por odontólogo*

Nombre del asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____

Nombre del odontólogo: _____

Dirección y teléfono: _____

Fecha primera visita: ____/____/____
Día Mes Año

Incluye radiografías: Sí ☐ No ☐ Cuántas: _____

¿Es el tratamiento resultado de un accidente? Sí ☐ No ☐ Explique: _____

¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial? Sí ☐ No ☐

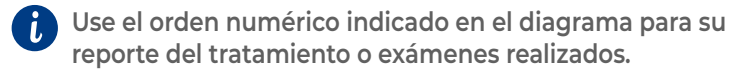
Si es reemplazo, detalle fecha de reemplazo anterior: _____

Observaciones del Dentista: _____



Use el orden indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado

Completar por odontólogo

[illegible]

Firma y Sello del Odontólogo: _____ Dirección Electrónica: _____ Fecha: ____/____/____
 Día Mes Año