

## FORMULARIO DE RECLAMOS TRATAMIENTOS DENTALES



### SECCION A: PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

Contratante: \_\_\_\_\_ No. de Poliza \_\_\_\_\_ No. de Carne: \_\_\_\_\_

Asegurado Titular: \_\_\_\_\_ Fecha Efectiva: Dia: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Paciente: \_\_\_\_\_

Gastos Dentales incurridos por: Asegurado Titular:  Conyuge  Hijo  Hija

Causa de los gastos: Enfermedad  Accidente

Si es por causa accidente: Cuando ocurrio? Dia \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

Lugar donde Ocurrio: \_\_\_\_\_

Como Ocurrio: \_\_\_\_\_

Si es por enfermedad, por favor indique, Cuando Comenzo? \_\_\_\_\_

Nombre del primer dentista consultado: \_\_\_\_\_

Fecha primera visita: Dia: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_ Nombre de otros dentistas que le han atendido por

la misma enfermedad: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Asegurado No. de Telefono Dia: \_\_\_\_\_ Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

### SECCION B: A SER COMPLETADA POR EL DENTISTA

Nombre del Asegurado Titular: \_\_\_\_\_

Nombre del Paciente: \_\_\_\_\_

Nombre del Odontologo: \_\_\_\_\_

Direccion y telefono: \_\_\_\_\_

Fecha de primera visita: Dia \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_ Incluye radiografias: Si  No  Cuantas: \_\_\_\_\_

Es el tratamiento resultado de un accidente? Si  No  Explique: \_\_\_\_\_

Es el tratamiento de protesis de un reemplazo inicial? Si  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**

