

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, de este formulario, todas las preguntas descritas deben ser contestadas.

Nombre del Paciente	Cédula	Fecha Nacimiento	Sexo
			F: ☐ M: ☐

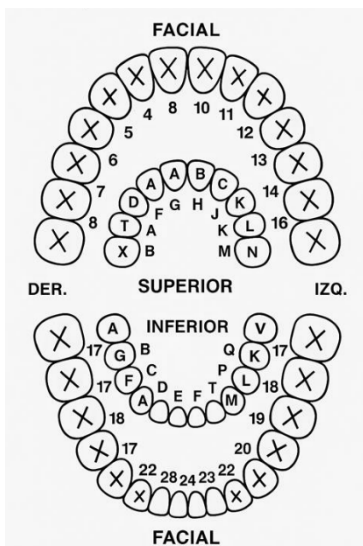
¿Fue causada la dolencia por un accidente?	Si:	No:
En caso afirmativo	¿Cuándo ocurrió?	¿Dónde ocurrió?
		¿Como ocurrió?

En caso de enfermedad, ¿Cuándo comenzó? Fecha: _____
 Día Mes Año

Nombre de su dentista actual y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad:

¿Se encuentra en tratamiento actualmente? Si ☐ No ☐

En caso afirmativo indique:



Fecha de la primera visita:			
Las Radiografías han sido incluidas:	Si ☐ No ☐	Indique cuantas:	
¿Son los servicios cubiertos por otra aseguradora?	Si ☐ No ☐	Razón de reemplazo:	Fecha de reemplazo anterior:
¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	Si ☐ No ☐		
Use el orden numérico o alfabético indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o examen realizado			
Paciente	Servicio Suministrado		Si ☐ No ☐
El paciente es: Titular: ☐ Cónyuge: ☐ Hijo: ☐			

Observaciones:

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender y autorizo a todos los Doctores y otras personas que me atendieron y a todos los Hospitales y otras Instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

A continuación, detallar cada procedimiento, fecha de servicio y su costo, el cual debe coincidir con el valor de la factura

Diente No.	Superficie	Descripción Del Servicio	Fecha De Servicio	Cargo	Para Uso Administrativo

Observaciones:

Totales:

Deducible:

Balance:

Beneficiarios:

A pagar:

Firma y Sello del Dentista:

Fecha: / /