Ficohsa

FORMULARIO DE RECLAMACION PLAN DENTAL
Seguros

Nombre del Asegurado: _____ Póliza No. _____ Cerficado No. _____
(nombre y apellidos completos)

Nombre del Paciente: _____ Parentesco [ ] Usted [ ] Cónyuge [ ] Hijo
(nombre y apellidos completos)

Fecha de nacimiento: _____ _____ _____ Sexo [ ] M [ ] F
Día Mes Año

Si es estudiante a tiempo completo: Ciudad: _____

Centro Educativo: _____

Nombre de la Empresa: _____ Dirección Completa: _____

No. De Teléfonos y Fax: _____

Si es una lesión, describa: ¿Cómo ocurrió? _____

¿Cuándo ocurrió? _____ _____ _____ Hora _____ A.M. P.M. ¿Dónde ocurrió? _____
Día Mes Año

¿Se fracturó alguna pieza? [ ] Si [ ] No

¿Está el paciente cubierto por otro Plan Dental? [ ] Si [ ] No En caso afirmativo Nombre del Proveedor: _____

Certifico que he verificado la información y los cargos efectuados. Así mismo autorizo a todos los médicos, centros hospitalarios y cualquier persona, institución o empresa que prestó servicio médico, para que suministre a la compañía de seguros todos los informes que requiera incluyendo copia exactas de los documentos y/o ficha médica.

Certifico que la información es verídica a mi leal saber y entender; también confirmo que he prestado los servicios médicos por los cuales se presenta reclamación.

Firma del Asegurado Principal

Firma del Médico Tratante

Datos del Dentista

Nombre del Dentista _____ ¿Dirección y No. De Teléfono? _____

¿El tratamiento es resultado de una enfermedad o lesión ocupacional? [ ] Si [ ] No En caso afirmativo, haga breve descripción del mismo: _____

¿El tratamiento es resultado de accidente de auto? [ ] Si [ ] No [ ] Otro Accidente Si es otro accidente, descríbalo: _____

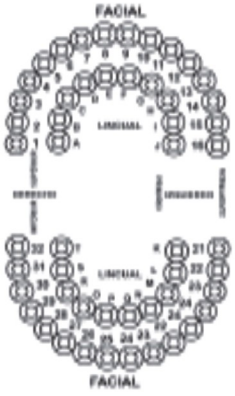
Si es prótesis: ¿Es esta la primera colocación? [ ] Si [ ] No Si es NO, diga el motivo del reemplazo: _____

Fecha del reemplazo anterior _____ ¿Se adjunta radiografías o modelos? [ ] Si [ ] No

¿Este tratamiento es para ortodoncia? [ ] Si [ ] No Total de Honorarios L. _____

Detalle del Tratamiento

Marque uno:
[ ] Es mado pre-tratamiento
[ ] Informe de los servicios actuales



FACIAL
INDIQUE LOS DIENTES QUE FALTAN CON UNA X FECHAS EN QUE SE EXTRAJERON
SERVICIOS NO USUALES USE LAS OBSERVACIONES

Exámenes y plan de tratamiento detalle en orden desde el diente No. 1 hasta el diente No. 32 use el cuadro que se muestra

No. del diente (letra)	Superficie	Describa el servicio (Incluyendo rayos x, materiales, etc.) Línea No.	Cantidades	Fecha del servicio Día	Mes	Año

Totales

Observaciones _____

Firma y Sello del Dentista

Fecha Día Mes Año

Nota: (1) Adjunte los recibos firmados y sellados por el den sta
(2) En caso de endodoncias, coronas, cirugías y puentes fijos, favor adjunte radiografías.

Seguros CRK & S somit