

## 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	N. ° de póliza		
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, n. ° de teléfono y n. ° de seguro social o n. ° de identificación personal (TIN) del dentista								
Fecha de primera visita de la serie actual	Lugar de tratamiento	Consultorio	Hosp	ECF	Otro	¿Se adjuntan radiografías o modelos?	¿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