

## FORMULARIO DE RECLAMACIÓN DE GASTOS DENTALES

### CONSIDERACIONES IMPORTANTES

1. Solicitar que el médico tratante complete la "SECCION C" para cada enfermedad o accidente que este atienda por cada miembro de la familia asegurada.
2. El Asegurado Titular deberá completar cada pregunta de la "SECCION A" detalladamente y firmar en el lugar indicado.
3. Todas las preguntas planteadas en este formulario deben ser estrictamente respondidas por el asegurado titular y por el Médico Tratante.
4. Debe adjuntar con el formulario de reclamaciones el ORIGINAL de todas las facturas, recibos médicos y órdenes médicas: de clínicas, laboratorios y farmacias que correspondan al caso.
5. Entregar éste a la persona encargada de la póliza en su empresa para que lo autorice y sea enviado a la Compañía de Seguros para el análisis correspondiente.

### SECCION A. DATOS GENERALES DEL SEGURO

1. Nombre del Asegurado:	No. de Póliza:
Identidad No.:	Teléfonos:
	E-mail:
2. Nombre del paciente por el cual se hace el reclamo:	
Edad: <input type="radio"/> años <input type="radio"/> meses sexo: <input type="radio"/> M <input type="radio"/> F ¿Qué otro seguro posee que pueda cubrir parte de los gastos por los cuales se hacen los reclamos?	
3. En caso de ser menor de edad, favor indicar nombre del padre o la madre del menor:	
4. El Reclamo se hace a causa de: <input type="radio"/> Enfermedad <input type="radio"/> Accidente. Favor describa:	
¿Cuándo se presentaron los primeros síntomas?	
En caso de accidente:	
¿Cuándo ocurrió?	¿Dónde ocurrió?
¿Cómo ocurrió?	
Hora del accidente:	A.M. P.M.
5. ¿Ha recibido el paciente anteriormente algún tratamiento por esta enfermedad o accidente?	
SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/> en caso de ser afirmativo, favor indicar detalle, incluyendo fechas, médicos y clínicas	

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y por este medio autorizo a todos los doctores o cualesquiera otras personas que me examinaron, y a los hospitales o cualesquiera otras instituciones para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a MAPFRE

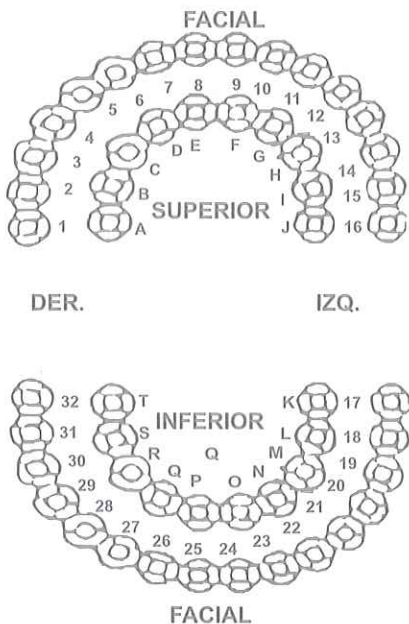
Fecha

Firma Asegurado

## SECCION C

**ESTA SECCION DEBE SER COMPLETADA POR EL MEDICO TRATANTE**

1. Marque piezas tratadas
2. Marque con X piezas no existentes



Nombre del Paciente:	
Nombre del Cirujano Dentista:	
Dirección:	
Fecha de la primera consulta	Lugar del Tratamiento
día	mes
año	Consultorio <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/>
¿Las radiografías han sido incluidas? Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Cuántas?	
¿Es el tratamiento resultado de una enfermedad?	Explique
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Es el tratamiento resultado de un accidente?	Explique
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Son los servicios cubiertos por otro plan?	Explique
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
¿Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?	Razón de reemplazo:
	Fecha de reemplazo anterior:
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o examen realizado:	
Costo estimado del tratamiento:	Lps.
Costo de los servicios ya suministrados:	Lps

Diente Número	Superficie	Descripción del servicio	Fecha de Servicio			Cargo (Lps.)	Uso exclusivo de la Compañía	
			Día	Mes	Año		Gastos elegibles (Lps.)	Gastos no elegibles (Lps.)
Totales								

Observaciones:

Firma y sello del cirujano dentista

Lugar y fecha

Firma y sello del Médico filtro de la compañía