Ficohsa

FORMULARIO DE RECLAMACION
PLAN DENTAL
Seguros

BPM: _____ Número de Verificación: _____ Código: SPN-F.GSP-03

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

Nombre del paciente _____
(nombre y apellidos completos)

No. Celular: _____ Correo electrónico: _____ Parentesco: ☐ Usted ☐ Cónyuge ☐ Hijo

Fecha de nacimiento: _____ _____ _____ Sexo: ☐ M ☐ F Si es estudiante a tiempo completo: Ciudad: _____
Día Mes Año

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. ☐ ¿Dónde ocurrió? _____
Día Mes Año p.m. ☐ ¿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 y Sello del Odontólogo 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: _____

_____

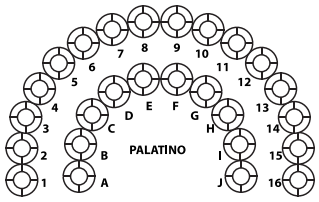
¿El tratamiento es resultado de accidente de auto? ☐ Si ☐ No ☐ Otro Accidente Si es otro accidente, descríbalo: _____

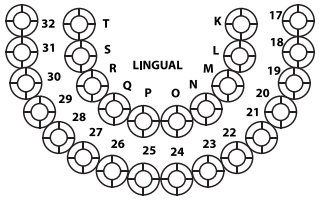
Si es prótesis: ¿Es esta la primera colocación? ☐ Si ☐ No Si es NO, diga el motivo del reemplazo: _____

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





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 _____

Nota:
(1) Adjunte los recibos firmados y sellados por el dentista
(2) En caso de endodoncias, coronas, cirugías, puentes fijos y obturaciones mayores a 10, favor adjunte radiografías panorámicas pre y post al tratamiento.