

REFIÉRASE A SU TARJETA DE ID PARA EL DOMICILIO CORRECTO

de ID del Empleado

			-						
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--

FORMULARIO PARA RECLAMO DENTAL

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

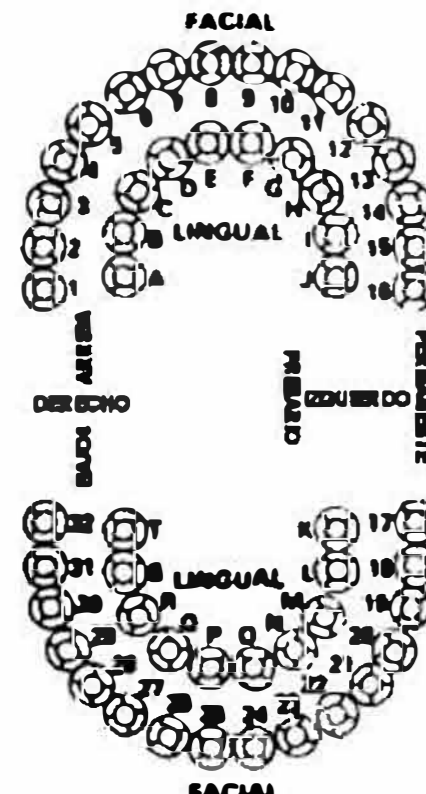
1. NOMBRE DEL PACIENTE		2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 		3. NOMBRE DEL EMPLEADO	
4. DOMICILIO DEL PACIENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		5. SEXO DEL PACIENTE HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		6. DOMICILIO DEL EMPLEADO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)	
		7. RELACIÓN DEL PACIENTE AL EMPLEADO YO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI ES UN DOMICILIO NUEVO	
8. OTRA COBERTURA DE SEGURO ¿SE CUBRE EL PACIENTE CON OTRO PLAN? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO SI ES ASÍ, PROVEA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CARGADOR:					
IDENTIFICACIÓN O SEGURO SOCIAL _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____					
TIPOS DE COBERTURA DEL CARGADOR: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> MSA					
FECHA EFICAZ DE COBERTURA _____ TERMINACIÓN DE COBERTURA _____					
9. AUTORIZO EL DENTISTA SUSCRITO REVELAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO.			10. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DENTALES AL DENTISTA SUSCRITO O PROVEEDOR DE SERVICIO(S) DESCRITO(S) ABAJO.		
FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) _____ FECHA _____			FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) _____ FECHA _____		

INFORMACIÓN DEL DENTISTA

11. DENTISTA O NOMBRE DEL GRUPO		19. ¿ES TRATAMIENTO RESULTADO DE ENFERMEDAD O LASTIMADURA OCUPACIONAL?		No	Sí	Si es así, de descripción breve y fechas	
12. DOMICILIO PARA CORREO		20. ¿ES TRATAMIENTO RESULTADO DE UN ACCIDENTE DE AUTO?					
CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		21. ¿OTRO ACCIDENTE?					
22. ¿SE CUBREN OTROS SERVICIOS POR OTRO PLAN?							
13. SEG SOC O NO. T.I.	14. NOMBRE IMPONIBLE (SI DIFIERE DE LA CAJA 11)	15. NO. DEL DENTISTA	23. ¿SI ES PRÓTESIS, ES COLOCACIÓN INICIAL?			(SI NO, RAZÓN POR COLOCACIÓN)	24. FECHA DE COLOCACIÓN PREVA
16. FECHA VISITA INICIAL SERIE ACTUAL	17. LUGAR DE TRATAMIENTO OFICINA HOSP ECF OTRO	18. RADIOGRAFÍAS O MODELOS ADJUNTADOS	NO	SI	¿CUANTOS?	25. ¿ES TRATAMIENTO PARA ORTODONCIA?	SI SERVICIOS COMENZARON DE: FECHA APARATOS PUESTAS MESES SOBRENTE DE TRATAMIENTO

AL DENTISTA: PREDETERMINACIÓN DE BENEFICIOS SE REQUIERE PARA RECLAMOS EN EXCESO DE \$250.00

MARQUE UNO: ESTIMACIÓN DEL DENTISTA ANTES DE TRATAMIENTO DECLARACIÓN DEL DENTISTA DE SERVICIOS ACTUALES

IDENTIFIQUE DIENTES AUSENTES CON UNA "X"	26. PLAN DE EXAMINACIÓN Y TRATAMIENTO - ALISTE EN ORDEN DEL DIENTE NO. 1 AL DIENTE NO. 32 - USE EL DIBUJO DISPONIBLE								
	# DEL DIENTE O LETRA	SUPERFICIE	DESCRIPCIÓN DE SERVICIO (INCLUSO RADIOGRAFÍAS, PROFILAXIS, MATERIALES USADOS, ETC.)	FECHA DE SERVICIO			NÚMERO DEL TRÁMITE	TARIFA	
				MES	DÍA	AÑO			
 <p>27. NOTAS PARA SERVICIOS INUSUALES</p>			RADIOGRAFÍAS SE REQUIEREN PARA TRABAJO MAYOR MENOS PERIODONTAL Y ENDODÓNTICO.						
			SERVICIOS PERIODONTALES REQUIEREN UN PERIO-CHART.						

MEDIANTE ESTO CERTIFICO QUE LOS TRÁMITES COMO SE INDICAN POR FECHA SE HAN CUMPLIDO							TARIFA TOTAL	
FIRMADO (DENTISTA) _____ FECHA _____								