SEGUROS CREFISA
Tu segura compania!

FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

ESTA SECCION DEBE COMPLETARSE POR EL RECLAMANTE Y SOMETERSE AL TENEDOR DE LA POLIZA, ADJUNTANDO LAS CUENTAS DE LOS GASTOS DENTALES EN FORMA DETALLADA.

Para evitar demoras innecesarias en el proceso de su reclamo, conteste cada una de la preguntas descritas en este formulario.

Por este medio solicito los beneficios pagaderos por gastos dentales incurridos por mí ☐ por mi esposo(a) ☐ por mi hijo (a) ☐

1. Nombre del Paciente _____

2. Fecha de Nacimiento _____

3. Sexo: Masculino ☐ Femenino ☐

4. ¿ Resulta la dolencia de la Ocupación del Paciente? SI ☐ NO ☐

   indique el índole de la dolencia _____

5. ¿ Fué causada la dolencia por un accidente?

   SI ☐ NO ☐ En caso afirmativo indique:

   ¿ Cuándo ocurrió? _____ (Día Mes Año)

   ¿ Donde ocurrió? _____

   ¿ Cómo ocurrió? _____

6. En caso de enfermedad

   ¿ Cuándo comenzó? _____ (Día Mes Año)

7. Nombre y dirección del primer dentista consultado

   _____

8. Fecha de la primera visita _____ (Día Mes Año)

9. Nombre y dirección de su dentista y de todos los otros que lo asisten por esta enfermedad.

   _____

10. Indique si tiene otro tipo de Cobertura Médica y Dental

    Nombre Aseguradora _____

    Dirección _____

Por este medio certifico que las respuestas que anteceden son verídicas y cabales, según mi leal saber y entender, y autorizo a todos los Doctores y Dentistas que me atendieron, y a todos los Hospitales y otras Instituciones que suministren a la Compañía de Seguros, cualquier información, incluyendo copias exactas de sus archivos pertenecientes a este reclamo.

Fecha: _____ (Día Mes Año)

Firma del Empleado _____

Nombre del Empleado _____

NO SE OLVIDE DE ADJUNTAR LA CUENTAS DETALLADAS

Esta sección debe ser completada por el Patrono

La siguiente información debe ser obtenida de la Tarjeta de Enrolamiento

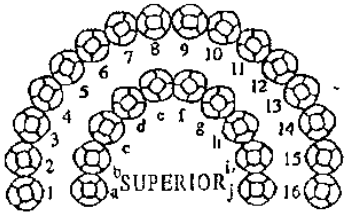
Nombre del empleado (Favor escribir a máquina o letra de molde)		Fecha efectiva del Seguro
Nombre del Dependiente (si corresponde)		Fecha efectiva del Seguro
No. del Grupo	No. del Certificado	
Nombre del Tenedor de la Póliza, Patrono, etc.		Firma
Cargo		Firma

SELLO DE LA EMPRESA ASEGURADA

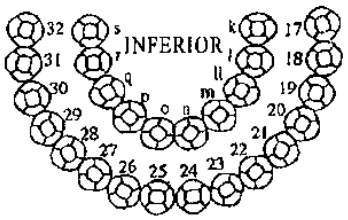
FORMULARIO DE RECLAMACIÓN

Marque dientes no existentes

FACIAL



DER. IZQ.



FACIAL

Nombre del Dentista y su dirección:

Fecha de la Primera Visita:

Lugar del Tratamiento: Consultorio_____ Hospital_____

Las Radiografías han sido incluidas? SI ____NO____ Cuántas _____

	SI	NO	EXPLIQUE
Es el tratamiento resultado de accidente o enfermedad ocupacional?			
Es el tratamiento resultado de un accidente?			
Son los servicios cubiertos por otro plan?			
Es el tratamiento de prótesis de un reemplazo inicial?			Si no, razón de reemplazo. Fecha de Reemplazo anterior

Use el orden numérico indicado en el Diagrama para su reporte del Tratamiento o examen realizado

Marque:_____Costo estimado de un tratamiento

_____Costo de servicios ya suministrados

DIENTE NUMERO	SUPER-FICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO	FECHA DE SERVICIO	CARGO	PARA USO ADMINISTRATIVO %	%	%

Observaciones:

_____ Calculado Por: _____

Firma y Sello del Dentista Fecha

TOTALES										
DEDUCIBLE:										
BALANCE										
BENEFICIOS										
PAGO TOTAL										
CUENTAS	EMP.		44500	DEP.		44600				

RECLAMOS DE ORTODONCIA

Revisado y Aprobado por: _____ Fecha: _____

LIQUIDACION

_____ X 0. 25= _____ X 50%= _____
(1) (2) (3)

_____ - _____ = _____
(1) (2) (4)

_____ ÷ _____ = _____ X 50%= _____
(4) (5) (6) (7)