FORMATO DE RECLAMACIÓN

FOLIO _____

DENTEGRA® Seguros Dentales

Insurgentes Sur 826, Piso 15
Col del Valle, México D.F., 03100
Aclaraciones: DF 5002 3102, Larga Distancia sin costo 01800 347 1111

CREDENCIAL INDIVIDUAL (1)

Asegurado: Favor de llenar sólo las secciones 2-4 y firmar al pie de la página.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (2)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)		
Número de Póliza	**Número de Certificado – Familia**	**Nombre de la Empresa (Contratante)**	**Correo electrónico**	**Teléfono**

DATOS DEL PACIENTE (3)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Parentesco	Sexo	Fecha Nacimiento	Si es estudiante de tiempo completo mayor de 18 años indique nombre de escuela
			Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Otro ☐	M ☐ F ☐		

COORDINACIÓN DE BENEFICIOS (favor de llenar esta sección sólo si el paciente cuenta con otro seguro médico o dental) (4)

Tipo de Seguro	Nombre de la Aseguradora	Número de Póliza	Nombre del Contratante	Nombre del Titular (si es diferente al paciente)	Parentesco
Salud ☐ Salud Dental ☐ Otro ☐ Gastos Médicos ☐					Titular ☐ Cónyuge ☐ Hijo (a) ☐ Otro ☐

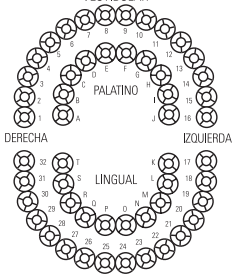
DATOS DEL DENTISTA (5)

Apellido Paterno	Apellido Materno	Nombre (s)	Clave Dentista	Cédula Profesional	Teléfono o correo electrónico

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

Ubicación Obturación: O - Oclusal, V - Vestibular, M - Mesial, D - Distal, L - Lingual, P - Palatino

ODONTOGRAMA (14)



Tipo de trámite (6)	Número de Predeterminación (7)	¿Accidente? (8)	Accidente de Auto (9)
Reclamación ☐ Predeterminación ☐		Si ☐ No ☐	Si ☐ No ☐

Fecha de primera consulta de esta serie de procedimientos (10)
Día _____ Mes _____ Año _____

Número de Elegibilidad (11)

Anexó Radiografías (12)
Si ☐ No ☐
¿Cuántas? _____

OBSERVACIONES (15)

Si incluye algún tratamiento de prótesis (13)
Inicial ☐ Reemplazo* ☐

*Si se trata de un reemplazo (indique causas de reemplazo y fecha de colocación previa)

Código CPD (16)	No. de Diente (17)	Superficie (18)	Descripción del Procedimiento (19)	Fecha de Procedimiento* (20) Día	Mes	Año	Importe reclamado (21)	Rúbrica del paciente (22)
			1					
			2					
			3					
			4					
			5					
			6					
			7					
			8					
*Se refiere a la fecha en que el procedimiento fue concluido. Favor de no dejar espacios en blanco ni utilizar comillas para abreviar datos.				**TOTALES:**				

FIRMAS

Predeterminación (23)
El tratamiento indicado es necesario de acuerdo a mi juicio profesional, por lo que solicito una predeterminación.

Firma Dentista **Fecha**

Tratamiento Terminado – Solicitud de Pago (24)

Firma Dentista **Fecha**

Por este conducto acepto y reconozco, en mi calidad de Asegurado Titular y en representación de mis Dependientes Económicos, haber recibido los servicios odontológicos que se mencionan. Autorizo a Dentegra el uso y divulgación de la información proporcionada en este documento para los fines que se consideren necesarios en el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguro. Asimismo, declaro que la información contenida en el presente formato es real y en su llenado no ha mediado dolo, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto.

Firma Paciente o Titular (25) **Fecha**

(#41021)

Original Dentegra (26)