

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

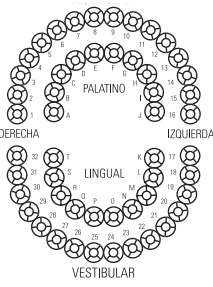
## CREDENCIAL - INDIVIDUAL (1)

| DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (2) |                       |                                    |                    |            |
|---------------------------------|-----------------------|------------------------------------|--------------------|------------|
| Apellido Paterno                |                       | Apellido Materno                   |                    | Nombre (s) |
| Número de Póliza                | Certificado – Familia | Nombre de la Empresa (Contratante) | Correo electrónico | Teléfono   |

| DATOS DEL PACIENTE (3)   |  |   |   |           |
|--|--|---|---|-----------|
| Apellido Paterno   |  | Apellido Materno                                  |   | Nombre(s) |
| Parentesco<br>Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/><br>Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> | Sexo<br>M <input type="checkbox"/><br>F <input type="checkbox"/> | Fecha Nacimiento<br>Día _____ Mes _____ Año _____ | Si es estudiante de tiempo completo mayor de 18 años, indique nombre de escuela |           |

| 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 <input type="checkbox"/> Salud Dental <input type="checkbox"/><br>Otro <input type="checkbox"/> Gastos Médicos <input type="checkbox"/> |                          |                  |                        |  | Titular <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/><br>Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> |

| DATOS DE DENTISTA (5) |                  |            |  |                    |                    |
|-----------------------|------------------|------------|--|--------------------|--------------------|
| Apellido Paterno      | Apellido Materno | Nombre (s) |  | Cédula Profesional | Teléfono           |
|                       |                  |            |  |                    | Correo electrónico |

| DATOS DE LA RECLAMACIÓN   |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|
|  | Tipo de trámite (7)<br>Reclamación <input type="checkbox"/><br>Predeterminación <input type="checkbox"/>   | Número de Predeterminación (8)   | ¿Accidente? (9)<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | <b>INFORMACIÓN PARA EL PAGO (13)</b><br>Por este medio instruyo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. ("Dentegra") para que deposite las cantidades autorizadas por concepto de reembolso mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria cuyos datos se mencionan a continuación:<br>Nombre del Banco _____<br>Número de Cuenta _____<br>Sucursal _____<br>Plaza _____<br>CLABE* _____<br><small>*La CLABE aparece en el Estado de Cuenta impreso o es proporcionado en cualquier sucursal de su Banco, consta de 18 posiciones y se utiliza para transacciones interbancarias.</small> |
|   | Accidente de Auto (10)<br>Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>  | <b>Fecha de primera consulta de esta serie de procedimientos (11)</b><br>Día _____ Mes _____ Año _____ |  |  |
|   | <b>Sólo para tratamientos de prótesis (12)</b><br>Inicial <input type="checkbox"/> Reemplazo* <input type="checkbox"/><br><small>*Si se trata de un reemplazo (indique causas de reemplazo y fecha de colocación previa)</small> |  |  |  |
| DOCUMENTOS ANEXOS (14)  |  |  |  |  |
| Cantidad / Importe  | Radiografías   | Reporte Dental   | Número de Factura  | Importe  |
|   |  |  |  | Otro (especificar)   |

| Código (CPD) (15) | No de Diente (16) | Superficie (17) | Descripción del Procedimiento (18) | Fecha de Procedimiento (Día/Mes/Año)* (19) | Importe reclamado (20) |
|-------------------|-------------------|-----------------|------------------------------------|--|------------------------|
|                   |                   |                 | 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.

| FIRMAS  |       |   |       |
|---|-------|---|-------|
| <b>Solicitud de Reembolso (Firma Asegurado) (21)</b><br><small>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.</small><br>Efectuado el reembolso del monto que corresponda de conformidad con los términos y condiciones de la Póliza de Seguro, mediante transferencia electrónica de fondos a la cuenta bancaria referida en el presente formato o mediante cheque nominativo, otorgo a Dentegra Seguros Dentales, S.A., el más amplio finiquito que conforme a derecho proceda en relación con la presente reclamación. |       | <b>Solicitud de Predeterminación (22)</b><br>El tratamiento indicado es necesario de acuerdo a mi juicio profesional, por lo que solicito una predeterminación. |       |
| Firma Paciente o Titular  | Fecha | Firma Dentista  | Fecha |
|   |       | Firma del Dentista (23)   |       |
|   |       | Firma Dentista  | Fecha |