FORMATO DE RECLAMACIÓN

Tipo de trámite: Reclamación ( ) Predeterminación ( )

Número de elegibilidad y/o predeterminación

DATOS DEL ASEGURADO (paciente)

Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de nacimiento
Número de póliza	Número de certificado	Plan*	
Parentesco Titular ☐ Hijo ☐ Cónyuge ☐ Otro ☐	Teléfono	Correo electrónico	

*CONSULTE BENEFICIOS CUBIERTOS POR EL PLAN EN EL RESUMEN DE PLANES DENTALES O GUÍA DE PLANES A LA MEDIDA

DATOS DEL DENTISTA TRATANTE

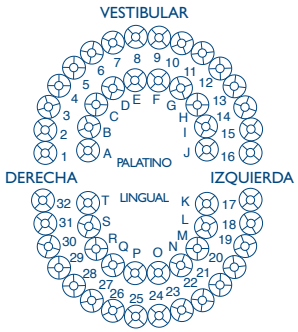
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)
Clave proveedor	Cédula profesional	Ciudad

DATOS DEL PROVEEDOR QUE FACTURA (SI ES DIFERENTE AL DENTISTA TRATANTE)

Nombre completo o razón social	Últimos 5 dígitos cuenta bancaria	Consulte su manual del dentista y en caso de dudas llame al 01 800 347 1111, en el D.F. al 5002 3102 donde con gusto lo atenderemos. Utilice el portal Dentegra en: **www.dentegra.com.mx** para tramitar elegibilidades y envío de reclamaciones. Disfrute de todos los beneficios de ser parte de la Red Dentegra a través del programa enRed.
Teléfono	Correo electrónico	

DATOS DE LA RECLAMACIÓN

ODONTOGRAMA



1) Superficie: **O**-Oclusal, **V**-Vestibular, **M**-Mesial, **D**-Distal, **L**-Lingual, **P**-Palatino

Código (CPD)	Número de diente	Superficie (1)	Descripción servicio	Fecha de servicio (2)	Importe reclamado a Dentegra	Copago	Rúbrica del paciente
					$	$	
					$	$	
					$	$	
					$	$	
					$	$	
					$	$	
					$	$	
					$	$	
					$	$	
				Totales	$	$	Deducible $

2) Se refiere a la fecha en que el procedimiento fue concluido. Favor de no dejar espacios en blanco ni utilizar comillas para abreviar datos.

UTILICE UN SOLO RENGLÓN PARA CADA PROCEDIMIENTO. TRAMITE UNA PREDETERMINACIÓN DE COSTOS SI VA A REALIZAR MÁS DE 7 PROCEDIMIENTOS QUE NO SEAN DE DIAGNÓSTICO Y PREVENCIÓN.

NÚMERO DE RADIOGRAFÍAS ENTREGADAS

Preoperatorias ( ) Postoperatorias ( ) Total ( ) Consulte requisitos para envío de reclamaciones en sus honorarios máximos autorizados.

OBSERVACIONES

FIRMAS

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 del dentista tratante	Firma del proveedor que factura	Nombre y firma del paciente o titular	Fecha