

# Formato de Reclamación

Formato para el cobro de honorarios y trámite de Predeterminaciones

## Nuevo Formato de Reclamación

### 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 <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	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 en el D.F. al 5002 3102 donde se detallan los procedimientos, coberturas, elegibilidades y envío de reclamaciones. Disfrute de todos los beneficios de la Red Dentegra a través del programa enRed.							
Teléfono	Correo electrónico								
DATOS DE LA RECLAMACIÓN									
<p>1) Superficie: O-Occlusal, V-Vestibular, M-Mucosal, D-Distal, L-Lingual, P-Palatino</p>	Código (CPD)	Número de diente	Superficie (1)	Descripción servicio	Fecha de servicio (2)	Importe reclamado a Dentegra	Copago	Rúbrica del paciente	
						\$	\$		
							\$	\$	
							\$	\$	
							\$	\$	
							\$	\$	
							\$	\$	
							\$	\$	
							\$	\$	
						Totales	\$	\$	Deductible \$
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 RÍNGLÓN 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 al uso y divulgación de la información proporcionada en este documento para los fines que se consideran 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, retención o inexacta declaración al respecto.									
Firma del dentista tratante			Firma del proveedor que factura			Nombre y firma del paciente o titular		Fecha	

El formato puede ser llenado desde la computadora o con letra de molde que sea legible.

## 1. Tipo de Trámite

# FORMATO DE RECLAMACIÓN

1

Tipo de trámite: Reclamación ( ) Predeterminación ( )

Número de elegibilidad y/o predeterminación

### 1. Seleccione el tipo de trámite:

**Reclamación** para cobro de honorarios de procedimientos terminados.

**Predeterminación:** Para la autorización de procedimientos que tengan como requisito para envío de Reclamación una Predeterminación Obligatoria, identificada con las siglas "PREDO" en sus Honorarios Máximos.

Agregue el número de elegibilidad o predeterminación según corresponda.

*Si requiere hacer un trámite de Reclamación y Predeterminación para el mismo paciente utilice formatos diferentes.*

## 2. Datos del Asegurado (Paciente)

DATOS DEL ASEGURADO (paciente)			
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s)	Fecha de nacimiento
Número de póliza	Número de certificado	Plan*	
Parentesco Titular <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>	Teléfono	Correo electrónico	

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

1. Nombre completo del paciente.

2. Fecha de nacimiento.

3. Número de póliza.

4. Número de certificado.

5. Plan.

6. Parentesco.

7. Teléfono de contacto del paciente. Favor de no dejar en blanco este campo.

8. Correo electrónico del paciente o titular de la póliza. Favor de no dejar en blanco este campo.

*Estos datos pueden ser llenados por el paciente. También puede encontrarlos en la búsqueda de asegurados del Portal Dentegra o en la credencial del asegurado. Si tiene dudas llame al Centro de Contacto: 01800 347 1111 en el DF. 5002 3102*

### 3. Datos del Dentista Tratante

DATOS DEL DENTISTA TRATANTE		
Apellido paterno	Apellido materno	Nombre (s) 1
Clave proveedor 2	Cédula profesional 3	Ciudad 4

1. Nombre completo del dentista.
2. Clave proveedor (clave proporcionada por Dentegra. Si no la tiene solicítela al Centro de Contacto).
3. Cédula profesional
4. Ciudad donde se llevó a cabo el servicio.

***El dentista tratante es el que atendió directamente al asegurado y debe estar registrado como dentista de la Red. Los dentistas no registrados en la Red Dentegra no están autorizados a atender asegurados.***

### 4. Datos del proveedor que factura (si es diferente al dentista tratante)

DATOS DEL PROVEEDOR QUE FACTURA (SI ES DIFERENTE AL DENTISTA TRATANTE)		
Nombre completo o razón social 1	Últimos 5 dígitos cuenta bancaria 2	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: <a href="http://www.dentegra.com.mx">www.dentegra.com.mx</a> 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 3	Correo electrónico 4	

1. **Nombre completo o razón social.** Si el dentista tratante es el mismo al proveedor que factura no es necesario llenar este campo.
2. **Últimos 5 dígitos de cuenta bancaria.** Dato que se utiliza para validar que la cuenta bancaria a la que se va a depositar sea la correcta. Sólo se requieren los **últimos 5 dígitos de la cuenta Clabe**
3. Teléfono para contactar en caso de aclaraciones.
4. Correo electrónico para contactar en caso de aclaraciones.

***El proveedor que factura es el propietario del consultorio o clínica y la cuenta bancaria debe estar a su nombre.***

## 5. Datos de la Reclamación

1	2	3	4	5 DATOS DE LA RECLAMACIÓN		6	7	8	9
ODONTOGRAMA	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.

- Odontograma:** Se utiliza la numeración del 1 al 32 en dientes permanentes y de la letra A a la T en dientes temporales.
- Código (CPD):** Código de procedimiento dental. Consulte sus **Honorarios Máximos Autorizados** para obtener el código que corresponda al procedimiento realizado.
- Número de diente:** Utilice la numeración indicada en el Odontograma.
- Superficie:** Utilice las abreviaciones indicadas en la parte baja del Odontograma.
- Descripción de Servicio.** Utilice la descripción de servicio que corresponda al procedimiento realizado. Consulte sus **Honorarios Máximos Autorizados**.
- Fecha de Servicio.** Si su trámite es una **Predeterminación** este campo se deja en blanco. Si su trámite es una **Reclamación** es obligatorio llenar este campo con la fecha en que el procedimiento fue **concluido**.
- Importe Reclamado a Dentegra:** Corresponde al **Honorario Máximo Autorizado** de cada procedimiento **menos** el **Copago**.
- Copago:** Cantidad que el paciente paga al dentista. Es un porcentaje del **Honorario Máximo Autorizado** de acuerdo a lo establecido en el Plan Contratado del Asegurado. Consulte el Resumen de Planes Dentales o la Guía de Planes a la Medida.
- Rúbrica del Paciente:** Para cada procedimiento concluido el paciente debe rubricar en el cuadro correspondiente. Procedimientos sin rúbrica indican que el procedimiento no fue concluido y por lo tanto no podrán ser pagados.
- Importe Total Reclamado a Dentegra:** Corresponde a la suma del **Importe Reclamado a Dentegra** (columna 7) **menos** el **Deducible** (campo 12). Es la cantidad a facturar a Dentegra (antes de impuestos).
- Copago Total.** Corresponde a la suma de los copagos de cada procedimiento (columna 8). Es la cantidad total que se debe cobrar al asegurado (cuando el plan no incluya deducibles).
- Deducible:** Cantidad que el paciente paga al dentista. Sólo aplica para Planes con deducible. Es una cantidad fija que se paga una vez durante la vigencia de la póliza. Consulte el Resumen de Planes Dentales o la Guía de Planes a la Medida.

**Antes de iniciar un tratamiento verifique las limitaciones o garantías establecidas así como los requisitos para envío de Reclamaciones para cada procedimiento en sus Honorarios Máximos.**

**Consulte las políticas para Procedimientos Dentales disponibles en el Portal Dentegra [www.dentegra.com.mx](http://www.dentegra.com.mx) ingresando con su usuario y contraseña en la sección "Mis Documentos". Verifique las coberturas de cada Plan así como porcentajes de copago en el Resumen de Planes Dentales o en la Guía de Planes a la Medida (incluidos en el Manual del Dentista).**

## 6. Número de Radiografías Entregadas

### NÚMERO DE RADIOGRAFÍAS ENTREGADAS

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

Indique el número de radiografías que está anexando: Preoperatorias, Postoperatorias y el Total.

**Consulte los requisitos de envío de radiografías para cada procedimiento en sus Honorarios Máximos Autorizados. La falta de radiografías es motivo de rechazo de pagos.**

## 7. Observaciones

### OBSERVACIONES

Agregue cualquier observación que considere necesaria y que pueda ser de ayuda para un ágil dictamen de su Reclamación. Ejemplos:

1. Indique si el procedimiento dental es a consecuencia de un accidente y especifique si el accidente fue de auto.
2. Si incluye algún tratamiento de prótesis indique si es Inicial o Reemplazo. Si se trata de un reemplazo indique causas de reemplazo y fecha de colocación previa.

## 8. Firmas

### 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 consideraran 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

1

\_\_\_\_\_  
Firma del proveedor que factura

2

\_\_\_\_\_  
Nombre y firma del paciente o titular

3

\_\_\_\_\_  
Fecha

4

1. Firma del dentista tratante.
2. Firma del proveedor que factura.
3. Nombre y firma del paciente o titular de la póliza.
4. Fecha de firma.

***La falta de firmas es motivo de rechazo de pago.***