

Plan de Gasto Dental

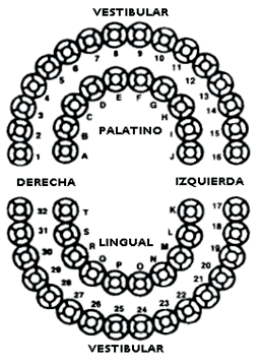
Parte I. Para ser llenada por el empleado

Nombre del paciente:		Relación con el empleado:	Sexo:	Fecha de nacimiento del paciente:	Si es estudiante de tiempo: Completo Ciudad
Nombre del empleado: Primer nombre Segundo nombre Apellido		Número de cédula del empleado:			
Dirección del empleado:		Firma empleador (contrante) nombre y dirección:			
Ciudad - Provincia:		Firma autorizada			
Número de póliza:	Embajada Americana Embajada Americana Consulado General USAID Jubilados Cuerpo de Paz				
Autorización para revelar información: por este medio autorizo a cualquier dentista, médico, hospital, Compañía de seguros, organización o empleador a revelar cualquier información a la compañía de seguros sobre cualquier observación tratamiento, servicios o beneficios orales o dentales prestados o que se me sean pagaderos a mí o en mi nombre. Una fotocopia de esta autorización será tan válida como el original.			Firmado paciente Fecha		
Por este medio certifico hasta donde mi conocimiento alcanza, la veracidad de las declaraciones hechas arriba. Por este medio autorizo el pago directo al dentista mencionado abajo, de los beneficios del seguro de grupo que de otra forma me serían pagados a mí. ☐ Si ☐ No			Firmado (paciente o padre si se trata de un menor) Fecha		

Parte II. Para ser llenada por el dentista que atiende

Nombre del dentista:	¿Es el tratamiento resultado de enfermedad o lesión profesional?	Si	No	En caso afirmativo detalle la declaración y fecha
Dirección del dentista:	Si se trata de prótesis ¿es esta la colocación inicial?	Si	No	Si no hay razón para reemplazo
Ciudad - Provincia:	Fecha de la colocación anterior			
N° de cédula del dentista:	N° de licencia del dentista:	N° de teléfono del dentista:		
Fecha de la primera visita:	Lugar del tratamiento: Clínica Hospital Consultorio Otro	¿Se adjuntan radiografías o modelos?	Si	No Cuantos:

Marco uno: ☐ Estimado del dentista previo el tratamiento ☐ Declaración del dentista sobre servicios prestados

Identifique los dientes faltantes con una X	Examen y lista de tratamiento en orden, desde el diente N°1 hasta el diente N°32 use el diagrama que se muestra							
	Diente N°	Supercifre	Descripción del servicio (incluyendo radiografías, prolasie, material usado, etc.)	Fecha del servicio			Número de procedimiento	Honorarios
	Mes	Día	Año					
Observaciones sobre servicios no usuales								
Por este medio certifico que los procedimientos, tal como se indican por la fecha han sido completados.				Total de honorarios cobrado		\$		
Otras observaciones del dentista								

Firma y sello del dentista

Fecha

Cuando se presenta un reclamo dental, se debe adjuntar lo siguiente: formulario debidamente llenado por el empleado y el dentista, y la factura con todos los requisitos de ley. En caso de medicación, se debe incluir la receta y la factura de las medicinas; en caso de exámenes, el pedido y los resultados correspondientes; y en caso de radiografía dental, el pedido, el resultado y la radiografía, la cual será devuelta si el empleado así lo requiere.

(Para uso del seguro, notas, deducibles, etc)	(Para uso del seguro)
Aprobado _____	