RR DONNELLEY® DE COSTA RICA, S.A.

PAN AMERICAN LIFE
INSURANCE DE COSTA RICA, S.A.

FORMULARIO DE HOJA DE TRABAJO DE RECLAMACION DENTAL POLIZA COLECTIVA DE SALUD

INFORMACION DEL PACIENTE

1. Nombre del Paciente (Nombres/Apellidos)

2. Parentesco con el Asegurado: Usted Mismo ☐ Conyuge ☐ Hijo ☐ Otro ☐

3. Sexo ☐ F ☐ M

4. F. de Nacimiento: Mes Día Año

5. Si es estudiante de tiempo completo: Colegio Ciudad

6. Nombre del Asegurado (Nombres/Apellidos)

7. No. Cédula empleado

9. ¿Es la enfermedad resultado de la ocupación? ☐ SI ☐ NO

8. Dirección electrónica

Teléfono:

10. Si es una lesión describa cómo, cuándo y dónde sucedió (incluyendo fractura de diente)

11. No. Grupo

12. ¿Están otros miembros de su familia empleados en la misma compañía? ☐ SI ☐ NO
Nombre del Asegurado (si es afirmativo)

13. ¿Está el paciente cubierto por otro plan dental? SI ☐ NO ☐
No. Grupo
Nombre y dirección del proveedor de beneficios

He revisado el siguiente plan de tratamiento. Autorizo al dentista a dar cualquier información necesaria para procesar esta petición

Firma (Paciente o Padres, si es menor) Mes Día Año

Por este medio autorizo el pago de los servicios descritos a continuación, al dentista nombrado abajo

Firma (Empleado o persona autorizada) Mes Día Año

INFORMACION DEL DENTISTA

14. Nombre del Dentista

15. Dirección Electrónica:

Teléfono:

16. No. Registro Médico

17. Especialidad

18. Fecha primera visita series recientes

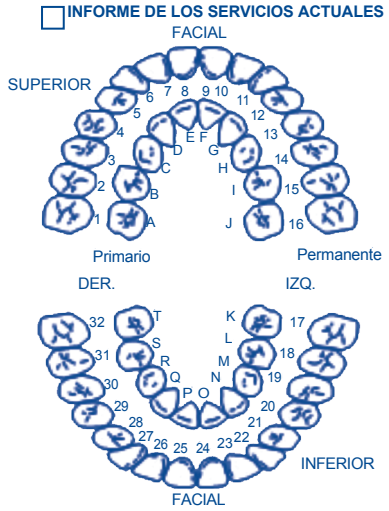
19. Lugar de Tratamiento: ☐ Consulta ☐ Otro ☐ Hospital

20. Se adjunta Radiografías o Modelos ☐ SI ☐ NO Cuántos?

	SI	NO	
21. ¿El tratamiento es resultado de enfermedad o lesión ocupacional?	☐	☐	Si es afirmativo, haga una breve descripción y fechas
22. ¿El tratamiento es resultado de accidente auto?	☐	☐	
23. ¿Otro accidente?	☐	☐	
24. ¿Cualquiera de los servicios están cubiertos por otro plan?	☐	☐	
25. ¿Si es prótesis, es ésta la colocación inicial?	☐	☐	Si es NO, diga el motivo para el reemplazo — 26. Fecha reemplazo anterior
27. ¿Es el tratamiento para Ortodoncia?	☐	☐	Total de Honorarios Fecha en que se pusieron los aparatos Meses de tratamiento pendientes

28. Examen y Plan de tratamiento. Detalle en orden desde el diente No.1 hasta el diente No.32. Use el cuadro que se muestra.

Marque uno:
☐ **ESTIMADO PRE-TRATAMIENTO**
☐ **INFORME DE LOS SERVICIOS ACTUALES**



INDIQUE LOS DIENTES QUE FALTAN CON UNA X Y FECHAS EN QUE SE EXTRAJERON.

SERVICIOS NO USUALES - USE LAS OBSERVACIONES

No. de DIENTE o Letra	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO (Incluyendo Rayos X, materiales usados, etc.) Línea No.	FECHA DEL SERVICIO	ADA PROCEDIMIENTO No.	HONORARIOS	PARA USO ADMINISTRATIVO

OBSERVACIONES:

TOTAL

Firma del Dentista Fecha (Mes/Día/Año

La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Superintendencia General de Seguros de conformidad con lo dispuesto por el artículo 29, inciso d) de la Ley Reguladora del Mercado de Seguros, Ley 8653, bajo el(los) registro(s) número P16-35-A01-204 de fecha 04 de Octubre de 2010.