

No.

INFORMACIÓN DEL PACIENTE

1. Nombre del Paciente (Nombres/Apellidos)			2. Sexo <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M		3. Fecha de Nacimiento Mes Día Año		
4. Nombre del Asegurado Principal (Nombres/Apellidos)				5. N° de cédula Asegurado Principal			
6. Dirección electrónica				8. Si es una lesión causada por accidente describa cómo, cuándo y dónde sucedió (incluyendo fractura de diente)			
7. Teléfono:							
9. Cuenta bancaria IBAN del asegurado principal para reembolsos (Bajo su consentimiento cada reembolso se transferirá a esta cuenta) COLONES <input type="checkbox"/> DÓLARES <input type="checkbox"/>				CR <input type="text"/>			
10. Póliza				11. Certificado			
12. ¿Está el paciente cubierto por otro plan dental? Si <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>							
No. Grupo				Nombre y dirección del proveedor de beneficios			

Por este medio hago constar que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento. Autorizo a cualquier médico, enfermera, hospital, proveedor, establecimientos de salud estatal, intermediario de seguros y a otras compañías de seguro que posean información concerniente al reclamante para que suministren información completa a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. Igualmente autorizo a Pan-American Life Insurance de Costa Rica S.A. y a cualquier persona que tenga calidad de intermediario de seguros o tenedor de póliza, para el manejo de mi información confidencial y/o la de mis dependientes que reposa en el presente formulario y documentos anexos, así como en los expedientes e información médica a la que se tenga acceso en razón de la liquidación del presente reclamo y de la revisión de los mismos requerida para descartar cualquier preexistencia.

Firma del Asegurado Principal

Firma (Paciente o Padres, si es menor)

Mes Día Año

INFORMACIÓN DEL DENTISTA

13. Nombre del Dentista			20. ¿La etiología del diagnóstico es a causa de accidente? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si su respuesta es afirmativa, Especifique:		
14. Dirección Electrónica:			21. ¿Cualquiera de los servicios están cubiertos por otro plan? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No				
Teléfono:			22. ¿Si es prótesis, es ésta la colocación inicial? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Si es NO, diga el motivo para el reemplazo		
15. Código CCDCR:		16. Especialidad					
17. Fecha primera visita series recientes		18. Lugar de Tratamiento <input type="checkbox"/> Consulta <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Hospital		19. Se adjunta Radiografías o Modelos <input type="checkbox"/> SI Cuántos? <input type="checkbox"/> NO		23. ¿Es el tratamiento para Ortodoncia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
						Total de Honorarios _____ Fecha en que se pusieron los aparatos _____ Meses de tratamiento pendientes _____	

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

	No. de DIENTE o Letra	SUPER-FICIE	DESCRIPCIÓN DEL SERVICIO (Incluyendo Rayos X, materiales usados, etc) Línea No.	FECHA DEL SERVICIO	HONORARIOS	TIPO DE BENEFICIO:
						Beneficio de Póliza Médica <input type="checkbox"/> Póliza Dental <input type="checkbox"/>
						Beneficio de Póliza Médica <input type="checkbox"/> Póliza Dental <input type="checkbox"/>
						Beneficio de Póliza Médica <input type="checkbox"/> Póliza Dental <input type="checkbox"/>
						Beneficio de Póliza Médica <input type="checkbox"/> Póliza Dental <input type="checkbox"/>
						Beneficio de Póliza Médica <input type="checkbox"/> Póliza Dental <input type="checkbox"/>
						Beneficio de Póliza Médica <input type="checkbox"/> Póliza Dental <input type="checkbox"/>
OBSERVACIONES: _____					TOTAL	

Firma del Dentista

Sello o firma digital

Fecha (Día/Mes/Año):