

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 mi 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 mi. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> 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°	Superficie	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

Quando se presenta un reclamo dental necesita adjuntar: formulario debidamente llenado por el empleado y por el dentista, factura con todos los requisitos de ley, en caso de medicación receta y factura de medicinas, en caso de exámenes adjuntar el pedido y los resultados de los mismos, en caso de radiografía dental el pedido, resultado y radiografía que será devuelta si el empleado requiere.

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

(Para uso del seguro)

Aprobado _____