

FORMULARIO DE PRE-AUTORIZACIÓN PARA TRATAMIENTOS DENTALES

Alameda Roosevelt No. 3104, San Salvador.
Call Center: 2261-8333 Fax: 2261-0581 Emergencia hospitalaria: 2261-8333

Estimado Asegurado: Para atender su solicitud de gastos de plan dental con prontitud, deberá presentar este formulario debidamente completado por el odontólogo con cinco días de anticipación. En caso de emergencias, favor presentarlo posterior a las 24 horas del evento. Al no cumplir estos requisitos, la Compañía se reserva el derecho de pago.

Requisitos indispensables para tramitar pre-autorización:

- Radiografías: periapicales, de aleta y/panorámicas, según el caso
- Descripción del periodo estimado de realización del tratamiento.
- Odontograma debidamente completado
- Fotografías digitales de las piezas y del paciente.
- Detalle del tratamiento a realizar, indicando superficies y clases a trabajar.

Nombre del Contratante: _____ No. Póliza: _____ No. Cert.: _____

Nombre del Asegurado titular: _____

Nombre del paciente: _____ Fecha de nacimiento: Día ___ Mes ___ Año ___ Sexo: F M

La dolencia se debe a: Accidente: Enfermedad: Si es por accidente indicar lugar y fecha en que ocurrió el evento: _____

Describe cómo sucedió el accidente: _____

Nombre del odontólogo tratante: _____

Historial clínico del paciente (padecimientos o alergias): _____

Firma y sello del médico tratante

Fax/email donde remitir respuesta

Firma del Asegurado

Fecha: Día ___ Mes ___ Año ___

ODONTOGRAMA

SUPERIOR

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">18</td><td style="width: 12.5%;">17</td><td style="width: 12.5%;">16</td><td style="width: 12.5%;">15</td><td style="width: 12.5%;">14</td><td style="width: 12.5%;">13</td><td style="width: 12.5%;">12</td><td style="width: 12.5%;">11</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border-top: 1px solid black;">DER</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> </tr> </table>	18	17	16	15	14	13	12	11																					55	54	53	52	51	DER												85	84	83	82	81																		48	47	46	45	44	43	42	41	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 12.5%;">21</td><td style="width: 12.5%;">22</td><td style="width: 12.5%;">23</td><td style="width: 12.5%;">24</td><td style="width: 12.5%;">25</td><td style="width: 12.5%;">26</td><td style="width: 12.5%;">27</td><td style="width: 12.5%;">28</td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td colspan="8" style="border-top: 1px solid black;">IZQ</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> <tr> <td colspan="4"></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </table>	21	22	23	24	25	26	27	28																					61	62	63	64	65	IZQ												71	72	73	74	75																		31	32	33	34	35	36	37	38
18	17	16	15	14	13	12	11																																																																																																																																																
				55	54	53	52	51																																																																																																																																															
DER																																																																																																																																																							
				85	84	83	82	81																																																																																																																																															
48	47	46	45	44	43	42	41																																																																																																																																																
21	22	23	24	25	26	27	28																																																																																																																																																
				61	62	63	64	65																																																																																																																																															
IZQ																																																																																																																																																							
				71	72	73	74	75																																																																																																																																															
31	32	33	34	35	36	37	38																																																																																																																																																

INFERIOR

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

Fecha de la primera visita: Día ___ Mes ___ Año ___

Lugar del tratamiento: Consultorio Hospital

¿Para el establecer el presupuesto fueron tomadas radiografías?: Si No ¿Cuántas y qué tipo? _____
_____ (adjuntar radiografías al presupuesto)

¿El paciente requiere prótesis? Si No ¿En qué piezas? detalle: _____

Si ha indicado prótesis, indique la razón del reemplazo: _____

Motivo de pérdida de la pieza: _____

Fecha en la cual se sustrajo la pieza faltante: Día ___ Mes ___ Año ___

