

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, este formulario deberá completarse debidamente, según se indica. Si procedió intervención quirúrgica o internamiento hospitalario, siempre deberá anexar toda la documentación que lo respalde incluyendo el reporte del dentista o del hospital. Este reembolso será evaluado siempre y cuando se adjunte la pre-autorización del tratamiento autorizado por ACSA.

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

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

Nombre del Asegurado titular: _____ Fecha efectiva: Día _____ Mes _____ Año _____

Nombre del paciente: _____

Gastos dentales incurridos por: _____ **Total de gastos presentados \$** _____

Mismo asegurado Cónyuge Hijo Hija Fecha de nacimiento: Día _____ Mes _____ Año _____ Edad: _____

Causa de los gastos: Enfermedad Accidente

Si es por causa de accidente ¿Cuándo ocurrió? Día _____ Mes _____ Año _____ ¿Lugar dónde ocurrió? _____

¿Cómo ocurrió?: _____

Si es por enfermedad, por favor indique, ¿cuándo comenzó? _____

Nombre del primer dentista consultado: _____

Fecha primera visita: Día _____ Mes _____ Año _____ Nombre de otros dentistas que le han atendido por la misma enfermedad: _____

Firma del Asegurado Número de teléfono Día _____ Mes _____ Año _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL PATRONO

¿Tiene usted conocimiento si el empleado o dependiente recibe beneficios de otro plan de gastos médicos y/o dentales? Si No

Si su respuesta es afirmativa, favor indique el nombre de la Compañía: _____

¿Está usted de acuerdo con el pago de la presente solicitud? Si No

Escribir comentarios: _____

Por este medio hacemos constar que el empleado y dependiente forman parte de nuestro registro de asegurados bajo la clase _____ según los datos de inscripción indicados por él mismo, en la sección primera. Así mismo confirmamos que se encontraba activamente trabajando en el momento en que comenzó la causa de este reclamo.

Nombre, firma y sello del responsable de la empresa asegurada Día _____ Mes _____ Año _____

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

Nombre del paciente: _____ Edad: _____

Fecha de la primera visita: Día _____ Mes _____ Año _____ Lugar del tratamiento: Consultorio Hospital

¿Las radiografías han sido incluidas?: Si No

El paciente necesita prótesis de un reemplazo inicial Si No Explique: _____

Si ha indicado prótesis de un reemplazo y no es inicial, indique la razón del reemplazo y la fecha: _____

Día _____ Mes _____ Año _____

