

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: \_\_\_\_\_

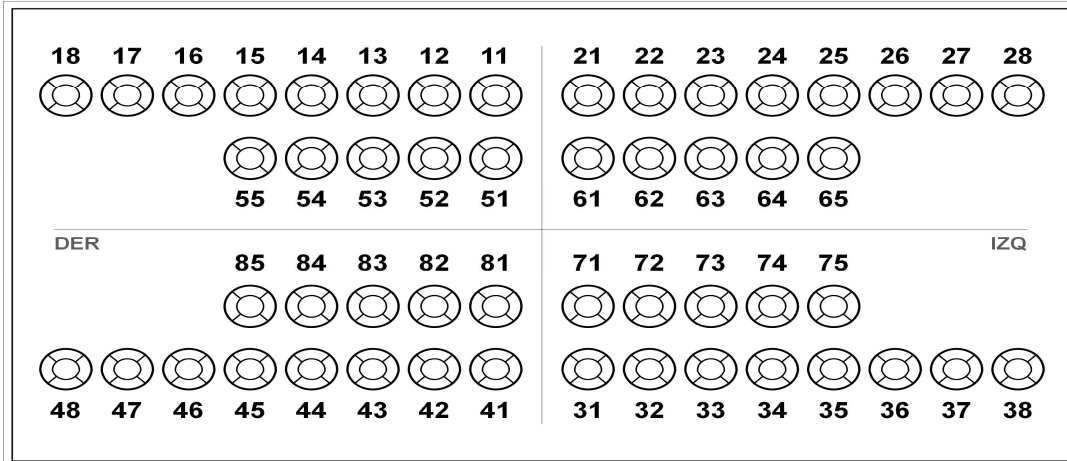
\_\_\_\_\_

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

\_\_\_\_\_ Día \_\_\_\_\_ Mes \_\_\_\_\_ Año \_\_\_\_\_

**ODONTOGRAMA**

**SUPERIOR**



**INFERIOR**

Costo del tratamiento \$ \_\_\_\_\_

Fecha de factura	1° Período (valor de factura)	2° Período (valor de factura)	3° Período (valor de factura)	4° Período (valor de factura)	Total facturado en el período	Total del tratamiento \$	Saldo pendiente \$

Si el presupuesto se reduce o aumenta, explique el motivo: \_\_\_\_\_

**Use el orden numérico indicado en el diagrama para su reporte del tratamiento o exámenes realizados.  
En el caso de no ser suficiente espacio, anexe el detalle**

Diente Número	Superficie	Descripción del servicio (incluye rayos X, profilaxis, materiales utilizados, etc.)	Fecha del servicio	Cargo (IVA incluido)
			<b>TOTAL</b>	

Nombre del odontólogo: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Comentarios: \_\_\_\_\_