



REFIÉRASE A SU TARJETA DE ID PARA EL DOMICILIO CORRECTO

de ID del Empleado

No. Seguro Social del Empleado

--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--

FORMULARIO PARA RECLAMO MÉDICO

INFORMACIÓN DEL PACIENTE Y EMPLEADO

1. NOMBRE DEL PACIENTE		2. FECHA DE NACIMIENTO DEL PACIENTE 		3. NOMBRE DEL EMPLEADO	
4. DOMICILIO DEL PACIENTE (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL)		5. SEXO DEL PACIENTE HOMBRE <input type="checkbox"/> MUJER <input type="checkbox"/>		6. DOMICILIO DEL EMPLEADO (CALLE, CIUDAD, ESTADO, CÓDIGO POSTAL) <input type="checkbox"/> MARQUE AQUÍ SI ES UN DOMICILIO NUEVO	
		7. RELACIÓN DEL PACIENTE AL EMPLEADO YO <input type="checkbox"/> CÓNYUGE <input type="checkbox"/> NIÑO <input type="checkbox"/> OTRO <input type="checkbox"/>			
8. OTRA COBERTURA DE SEGURO ¿SE CUBRE EL PACIENTE CON OTRO PLAN? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI ES ASÍ, PROVEA EL NOMBRE Y DOMICILIO DEL CARGADOR: _____					
IDENTIFICACIÓN O SEGURO SOCIAL _____ NOMBRE DEL EMPLEADOR _____					
TIPOS DE COBERTURA DEL CARGADOR: <input type="checkbox"/> MÉDICO <input type="checkbox"/> MEDICINA <input type="checkbox"/> DENTAL <input type="checkbox"/> VISTA					
FECHA EFICAZ DE COBERTURA _____ TERMINACIÓN DE COBERTURA _____					
9. AUTORIZO EL DENTISTA SUSCRITO REVELAR CUALQUIER INFORMACIÓN ADQUIRIDA EN EL CURSO DE MI EXAMINACIÓN O TRATAMIENTO. _____ FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) FECHA			10. AUTORIZO EL PAGO DE BENEFICIOS DENTALES AL DENTISTA SUSCRITO O PROVEEDOR DE SERVICIO(S) DESCRITO(S) ABAJO. _____ FIRMADO (EMPLEADO O PACIENTE) FECHA		

INFORMACIÓN DEL MÉDICO O PROVEEDOR

11. FECHA DE ENFERMEDAD (PRIMERA SÍNTOMA) O LASTIMADURA (ACCIDENTE) O EMBARAZO (LMP)		12. FECHA DE PRIMER CONSULTO PARA ESTA CONDICIÓN		13. ¿SE RELACIONA LA CONDICIÓN DEL PACIENTE A: EMPLEO DEL PACIENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. ¿SE RELACIONA LA CONDICIÓN A UN ACCIDENTE? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No SI SE RELACIONA A UN ACCIDENTE, FAVOR DE PROVEER DETALLES: _____					
15. NOMBRE DEL MÉDICO QUE REFIERE U OTRA FUENTE Y DOMICILIO			16. PARA SERVICIOS RELACIONADOS A HOSPITALIZACIÓN, PROVEA FECHAS DE HOSPITALIZACIÓN		
17. NOMBRE Y DOMICILIO DEL CENTRO DONDE SE LLEVARON A CABO LOS SERVICIOS			18. ¿SE LLEVARON A CABO PRUEBAS LABORATORIOS FUERA DE SU OFICINA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No TARIFAS _____		
19. DIAGNOSIS O NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LASTIMADURA. RELACIONE EL DIAGNOSIS AL PROCEDIMIENTO EN LA COLUMNA D			CÓDIGOS DE SERVICIOS* 1 – PACIENTE HOSPITALIZADO 6 – CENTRO DE AYUDA DE NOCHE (PSI) B – CENTRO DE CIRUGÍA AMB 2 – PACIENTE NO HOSPITALIZADO 7 – AYUDA DE ENFERMERA C – CENTRO DE TRAT RESIDEN 3 – OFICINA DE DOCTOR 8 – CENTRO DE ENFERMERAS HÁBILES D – CENTRO DE TRAT ESPECIAL 4 – HOGAR DEL PACIENTE 9 – AMBULANCIA E – REHAB DE PACIEN NO HOSP 5 – CENTRO DE AYUDA DEL DÍA (PSI) O – OTRO CENTRO DE COMP A – LABORATORIO INDEPENDIENTE F – CENTRO DE TRAT PARA ENFERMEDAD DE RIÑÓN		

A FECHAS DE SERVICIO DESDE HASTA		B* CENTRO DE SERVICIO	C PLENAMENTE DESCRIBA PROCEDIMIENTOS, SERVICIOS MÉDICOS O PROVISIONES PROVISTAS PARA CADA FECHA APUNTADA CÓDIGO DE PROCED CPT-4 (EXPLIQUE SERVICIOS O CIRCUNSTANCIAS INUSUALES)		D CÓDIGO DE DIAGNOSIS	E CARGOS	F DÍAS O UNIDADES

21. FIRMA DEL MÉDICO O PROVEEDOR (INCLUSIVO TÍTULO(S) O CREDENCIALES) FECHA:		22. ¿ACEPTA LA ASIGNACIÓN? (RECLAMOS DE GOBIERNO SOLAMENTE) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		23. CARGOS TOTALES		BALANCE TOTAL	
26. EL NÚMERO DE CUENTA DE SU PACIENTE		27. NOMBRE IMPONIBLE DE LA ENTIDAD (SI DIFIERE A LA CAJA 25)		25. NOMBRE DEL MÉDICO, PROVEEDOR Y/O GRUPO, DOMICILIO, CÓDIGO POSTAL Y NÚMERO DE TELÉFONO			