Continental
The Future in Motion

CÁPSULA INFORMATIVA #4

PLAN DENTAL

TECNISEGUROS / *Juntos buscamos lo mismo*

Ecuasanitas

PLAN DE GASTO DENTAL

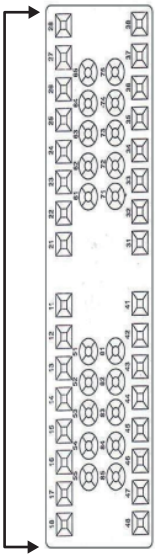
PARA SER LLENADA POR EL EMPLEADO:

NOMBRE COMPLETO TRABAJADOR	N° DE CEDULA DEL TRABAJADOR NOMBRE		CÓDIGO PERSONAL		
NOMBRE COMPLETO PACIENTE	#CI PACIENTE	SEXO	TITULAR, CÓNYUGE O HIJO	SI ES ESTUDIANTE TIEMPO COMPLETO	AÑO QUE CURSA
CIUDAD Y PROVINCIA			FIRMA AUTORIZADA		
AUTORIZACION PARA REVELAR INFORMACION: POR ESTE MEDIO AUTORIZO A CUALQUIER DENTISTA, MEDICO, HOSPITAL, ORGANIZACIÓN O EMPLEADOR A REVELAR CUALQUEIR INFORMACION SOBRE CUALQUIER OBSERVACION, TRATAMIENTO, SERVICIOS O BENEFICIOS DENTALES PRESTADOS O UQE ME SEAN PAGADEROS A MI O EN MI NOMBRE, UNA FOTOCOPIA DE ESTA AUOTORIZACION, SERA TAN VALIDA COMO EL ORIGINAL POR ESTE MEDIO CERTIFICO HASTA DONDE MI CONOCIMIENTO ALCANZA, LA VERACIDAD DE LAS DECLARACIONES HECHAS			FIRMA DEL COLABORADOR FIRMA DEL EMPLEADO		

PARA SER LLENADA POR EL DENTISTA QUE ATIENDE:

NOMBRE DEL DENTISTA:	DIRECCION:	CIUDAD / PROVINCIA
NOMBRE DEL ODONTÓLOGO	DIRECCIÓN DEL CONSULTORIO	CIUDAD Y PROVINCIA

COMPLETAR EL ODONTOGRAMA



ESTIMADO DEL DENTISTA PREVIO EL TRATAMIENTO — DECLARACION DEL DENTISTE SOBRE SERVICIOS PRESTADOS

DIENTE #	SUPERFICIE	DESCRIPCION DEL SERVICIO (INCLUYENDO RAFIOGRAFIAS, PROFILAXIS, MATERIALES USADOS, ETC.)	FECHA EN QUE SE PRESTÓ EL SERVICIO MES DIA AÑO	NUMERO DE PROCEDIMIENTO	HONORARIOS	PARA USO ADMINISTRATIVO UNICAMENTE
		DETALLE DEL TRATAMIENTO		COSTO DEL PROCEDIMIENTO		
			FECHA QUE SE REALIZA EL TRATAMIENTO			
			TOTAL DE HONORARIOS COBRADOS:			

TRATAMIENTO INTEGRAL TERMINADO	SI	NO

OBSERVACIONES:

POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LOS PROCEDIMIENTOS TAL COMO SE INDICAN POR LA FECHA HAN SIDO COMPLETADOS.

FECHA QUE SE FIRMA Y SELLO DEL ESPECIALISTA
FIRMA Y SELLO DEL DENTISTA

FECHA: FECHA QUE LLENA EL FORMULARIO

NOTA: Se requiere de Rayos X antes y después de tratamientos de conducto o endodoncia
En caso de Ortodoncia adjuntar plan de tratamiento (Diagnóstico, pronóstico, tiempo de duración, costo total)

*En caso de tratamiento de conducto o endodoncia, es indispensable RX antes y después del tratamiento.

DOCUMENTOS NECESARIOS:

- Factura del tratamiento (PDF impreso)
- Receta (en caso de medicación)
- Factura de medicación (PDF impreso)
- Pedido de RX
- Placa de radiografía

Para aclaraciones o información adicional por favor **contactarse con el Dpto. de Bienestar Social al 095 887 7027**