

PRE-AUTORIZACIÓN TRATAMIENTO DENTAL

Contratante: _____ Póliza N° _____ Certificado N° _____

DATOS DEL ASEGURADO

ASEGURADO

Nombre del asegurado: _____
 Nombre del dependiente (si aplica): _____
 Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____ Sexo: F M
 Nombre del médico tratante Dr.(a): _____
 Fecha tentativa de inicio de la enfermedad: _____

PRESUPUESTO

| Diente Número | Superficie | Descripción del servicio | Precio |
|---------------|------------|--------------------------|--------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Observaciones: _____

Firma y sello del médico tratante

Lugar y fecha

Para tratamientos deberá presentar este formulario debidamente completado con cinco días de anticipación. Al no cumplir con estos requisitos, la compañía se reserva el derecho de pago.