ASEGURADORA ACSA

FORMULARIO
DE REEMBOLSO DE GASTOS
BENEFICIO PLAN DENTAL

CÓDIGO: GMH052021

ALAMEDA ROOSEVELT NO. 3104, SAN SALVADOR.

CALL CENTER: 2261-8200

CORREO ELECTRÓNICO: GASTOSMEDICOS@ACSA.COM.SV

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO

No. Póliza:			No. Certificado:			
Nombre del Contratante:						
Nombre del Asegurado titular:						
Nombre del paciente:						
GASTOS DENTALES INCURRIDOS POR:	Titular ☐	Cónyuge ☐	Hijo/a ☐	Edad:		
CAUSA DE LOS GASTOS:	Enfermedad ☐	Accidente ☐	¿Cuándo ocurrió?	Día:	Mes:	Año:
Describa cómo sucedió el accidente:						

SECCIÓN PARA SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

Número de pieza	Superficie	Descripción del servicio (Incluye rayos X, profilaxis, materiales utilizados, etc.)	Fecha del servicio	Valor $
			TOTAL	

Firma y sello del médico tratante	**Fecha**	Día:	Mes:	Año:

NOTA: Adjuntar radiografías y fotografías digitales de cada pieza detallada en presupuesto cuando no se preautorizaron los servicios.