Centauro

Seguros Centauro, Salud Especializada, S.A. de C.V.

Pago de reembolsos a asegurados por servicios realizados con Proveedores fuera de la Red

PARA EVITAR DEMORAS INNECESARIAS EN EL PROCESO DE SU RECLAMO CONTESTE CADA PREGUNTA DETALLADAMENTE Y CON LETRA CLARA

Informe Odontológico para Reembolso de Tratamientos

Fecha: _____

Datos del Titular _____ _____

Apellidos **Nombre (s)**

Empresa: _____ **Póliza:** _____ **Certificado:** _____

Paciente: **Edad** **Sexo** **Fem** **Masc**

Apellidos **Nombre (s)**

Domicilio **CP**

Calle y número

Colonia **Entidad** **Tel.**

Dentista **Clave**

Datos del Titular _____ _____

Apellidos **Nombre (s)**

Domicilio **CP**

Calle y número

Colonia **Entidad** **Tel.**

Cédula Profesional Odontología General _____ **Cédula Profesional de Especialidad** _____

Diagnóstico

Vestibular

	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
Lingual																**Izq.**
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

Vestibular

	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65
Lingual										
	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75

Vestibular

Marcar con Rojo las superficies cariadas

Marcar con Negro las superficies obturadas

Coronas totales marcar todas las caras

Indicado para Extracción **Indicado para Endodoncia** **Diente con Endodoncia** **Diente Ausente** **Otra patología (especificarla)**

Tratamientos

Órgano Dentario	Ubicación						Descrioción	Fecha de inicio	Fecha de Conclusión	Costo al Paciente
	Me	Di	Ve	Li	Oc	Cer				

Firma de Conformidad del Paciente con los Tratamientos Realizados: _____