**Pago de reembolsos a asegurados por servicios realizados con proveedores fuera de la red.**

Condiciones generales:

El reembolso procederá únicamente presentado la documentación completa que a continuación se indica.

La garantía de los tratamientos realizados será responsabilidad directa del Odontólogo tratante y del Asegurado.

Deberá presentarse para efectos de pago la Solicitud de reembolso debidamente requisitada. (ANEXO 1)

El trámite de reembolso deberá realizarse dentro de los siguientes treinta días hábiles después de ocurrido el siniestro.

Requerimientos:

1.-Presentar la Solicitud de Reembolso debidamente requisitada, indicando los tratamientos por realizar.

1.1.- Verifique que todos los datos estén completos:

* + Datos del titular (Nombre, póliza y contratante).
	+ Datos del paciente (Nombre y parentesco).
	+ Datos del profesional (Nombre, dirección y cedula).

1.2.-Debe especificar en todos y cada uno de los tratamientos realizados:

* + El número de diente (dos dígitos 18-28-38-48).
	+ La ubicación de la obturación (O-oclusal, V-vestibular, M-mesial, D-distal, L-lingual, P-palatina).
	+ La fecha de terminación.
	+ El Costo correspondiente a cada uno de los tratamientos.

1.3.- Debe presentar Radiografías y/o fotografías preoperatorias y post operatorias de todos los tratamientos realizados.

1.4.-Firma de aceptación y conformidad del paciente en el odontograma.

1.5.-Factura con los requisitos fiscales en vigor, a nombre del asegurado titular de la póliza

2.-Informe médico con la siguiente información: (ANEXO 2)

* Nombre del titular y No. de empleado
* Nombre del paciente
* Nombre y datos completos del Odontólogo tratante
* Diagnostico detallado
* Fecha de inicio de síntomas
* Fecha de inicio de tratamiento
* Firma del Odontólogo tratante.

3.-Una vez recibida la información en el área de siniestros de Seguros Centauro se procederá a analizar la documentación enviada y se dará respuesta a más tardar en cinco días hábiles.

5.-Todo reembolso será analizado en base a las condiciones del plan contratado.

6.-La respuesta emitida por el área de siniestros de Seguros Centauro será enviada directamente al asegurado, detallando las observaciones de aquellos tratamientos rechazados o en su caso detallando el pago de aquellos que procedan.

7.-El cheque emitido por concepto de pago estará a nombre del asegurado titular y será depositado directamente al número de cuenta proporcionado por el mismo.

8.-Todo documento enviado a Seguros Centauro será archivado en el expediente del Asegurado.

**Solicitud para reembolso de gastos dentales**  **ANEXO 1**

## Para ser llenado por el reclamante

Fecha: / /

Datos del Reclamante

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Empresa Póliza Certificado

#### **Datos del afectado**

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Parentesco Edad Teléfono País - Ciudad Código Postal

## Para ser llenado por el odontólogo

Datos del profesional

Apellido Paterno Apellido Materno Nombres

Calle y número Colonia País Ciudad

**Cedula profesional**:

FIRMA: Manifiesto que los tratamientos mencionados han sido realizados.

Vestibular



Derecha

Izquierda

 48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

Vestibular

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Código** | **No. de diente** | **Ubicación** | **Descripción** | **Fecha de tratamiento** | **Costo del tratamiento** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Costo Total |  |

**Firma del afectado o reclamante:**

Declaro que esta información es veraz y correcta; así mismo autorizo que Seguros Centauro comparta esta información o solicite documentación adicional.

**ANEXO 2**

## INFORME MEDICO

Causa de la reclamación: Enfermedad: Chequeo semestral:

Nombre del Odontólogo Tratante:

 Apellido Paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio:

Teléfono: Especialidad:

R. F. C.: No. de Cédula Profesional:

El Paciente fue referido por otro Odontólogo: Si No

Nombre del Odontólogo remitente:

 Apellido Paterno Apellido materno Nombre(s)

Domicilio:

Teléfono: Especialidad:

R. F. C.: No. de Cédula Profesional:

**Diagnostico detallado:**

Principales signos y síntomas:

Radiografías tomadas:

Fecha en que iniciaron los primeros signos o síntomas: / /

Fecha en que inicia tratamiento: / /

Fecha de término de tratamiento: / /

FIRMA DEL ODONTÓLOGO TRATANTE