

Formulario Reclamación Servicios Odontológicos
Datos de la autorización

NOMBRE DE LA PERSONA QUE AUTORIZO EL SERVICIO	FECHA (dd/mm/aaaa)
---	--------------------

Datos del afiliado

NOMBRE		NO. DE AUTORIZACIÓN
TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte	NO. DE IDENTIFICACIÓN	NO. ÚNICO DEL AFILIADO
NO. SEGURIDAD SOCIAL	NO. DE CONTRATO	NO. TELÉFONO

Datos de la empresa

NOMBRE	NO. TELÉFONO
NOMBRE DEL ODONTÓLOGO	CÓDIGO
PROVEEDOR	

Detalles de los servicios

CANTIDAD	CÓDIGO PRESTACIÓN	PROCEDIMIENTO	VALOR

18 17 16 15 14 13 12 11	21 22 23 24 25 26 27 28
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
55 54 53 52 51	61 62 63 64 65
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
85 84 83 82 81	71 72 73 74 75
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
48 47 46 45 44 43 42 41	31 32 33 34 35 36 37 38
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Detalles de los pagos

VALOR RECLAMADO	VALOR PAGADO POR EL AFILIADO
VALOR A PAGAR AL AFILIADO	

Firma y sello del proveedor

Firma y sello del afiliado