

Formulario Reclamación Servicios Odontológicos
Datos de la autorización

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

Datos del afiliado

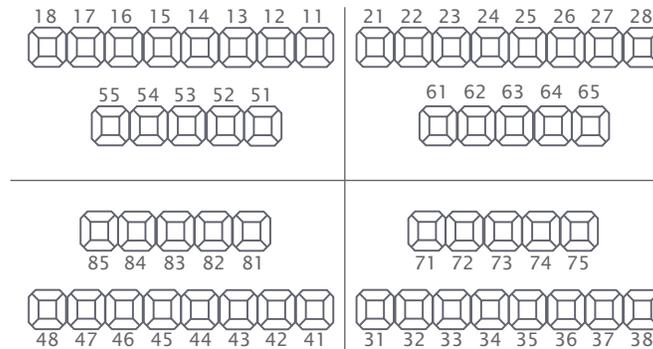
| | | |
|--|-----------------------|------------------------|
| NOMBRE | NO. DE AUTORIZACIÓN | |
| TIPO DE IDENTIFICACIÓN <input type="checkbox"/> Cédula <input type="checkbox"/> Pasaporte | NO. DE IDENTIFICACIÓN | NO. ÚNICO DEL AFILIADO |
| NO. SEGURIDAD SOCIAL | NO. DE CONTRATO | NO. TELÉFONO |

Datos de la empresa

| | |
|-----------------------|--------------|
| NOMBRE | NO. TELÉFONO |
| NOMBRE DEL ODONTÓLOGO | CÓDIGO |
| PROVEEDOR | |

Detalles de los servicios

| CANTIDAD | CÓDIGO PRESTACIÓN | PROCEDIMIENTO | VALOR |
|----------|-------------------|---------------|-------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |


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