

El formato de Solicitud de Reembolso consta de dos hojas que pueden ser llenadas desde la computadora o a mano con letra de molde que sea legible.


Hoja 1:

1. Datos del Asegurado Titular
2. Datos del Asegurado Afectado
3. Datos del Dentista Tratante
4. Datos de la Reclamación

Hoja 2:

5. Documentos Anexos
6. Documentos requeridos para el trámite de Reembolso
7. Información para el Pago
8. Firmas

Formato de Solicitud de Reembolso Dental - Hoja 1



Av. Insurgentes Sur 1458, pisos 19 y 20, Col. Actipan, Benito Juárez,
C.P. 03230, Ciudad de México.
Aclaraciones Ciudad de México e Interior de la República al 55 5002 3102
dentegra.com.mx

SOLICITUD DE REEMBOLSO DENTAL

El formato deberá ser llenado en su totalidad, según aplique, con información correcta, detallada y firmada por el Asegurado y Dentista tratante.

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR <small>(*Datos Obligatorios, evite rechazos)</small>							
Apellido paterno*		Apellido materno*		Nombre(s)*		Número de Póliza*	
RFC	letras	año	mes	día	Sexo	Fecha de nacimiento*	País de nacimiento*
CURP				M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad* (1)	
Ocupación actual*		Actividad o Giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico			
Calle*			No. Exterior*	No. Interior	Colonia*		
Código Postal*	País	Alcaldía o Municipio*	Ciudad o Población*	Entidad Federativa*	Teléfono (con clavelada)*		
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO <small>(en caso de ser distinto al Asegurado Titular)</small> Mismo domicilio que el titular <input type="checkbox"/> </div>							
Apellido paterno*		Apellido materno*		Nombre(s)*		Número de Póliza*	
RFC	letras	año	mes	día	Sexo	Fecha de nacimiento*	País de nacimiento*
CURP				M <input type="checkbox"/>	F <input type="checkbox"/>	Nacionalidad* (1)	
Parentesco*		Ocupación actual*		Actividad o Giro del negocio donde trabaja		Correo electrónico	
Hijo <input type="checkbox"/>	Cónyuge <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>					
Calle*			No. Exterior*	No. Interior	Colonia*		
Código Postal*	País	Alcaldía o Municipio*	Ciudad o Población*	Entidad Federativa*	Teléfono (con clavelada)*		
DATOS DEL DENTISTA TRATANTE							
Apellido paterno		Apellido materno		Nombre(s)		Especialidad	
Cédula profesional			Teléfono (con clavelada)		Correo electrónico		
DATOS DE LA RECLAMACIÓN							
Código (CPD)	Número de diente	Superficie (2)	Descripción servicio		Fecha de servicio (3)	Importe reclamado	Rubrica del paciente
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
						\$	
Totales						\$	

(2) Superficie: O-Occlusal, V-Vestibular, M-Mesial, D-Distal, L-Lingual, P-Palatino

(3) Se refiere a la fecha en que el procedimiento fue concluido. Favor de no dejar espacios en blanco ni utilizar comillas para abreviar datos.

UTILICE UN SOLO RENGLÓN PARA CADA PROCEDIMIENTO.

Hoja 1 de 2 FROD94/2020

“ Secciones: ”

- 1 Datos del Asegurado Titular
- 2 Datos del Asegurado Afectado
- 3 Datos del Dentista Tratante
- 4 Datos de la Reclamación



Formato de Solicitud de Reembolso Dental - Hoja 2

5	DOCUMENTOS ANEXOS				
	Total de Radiografías		Reporte Dental	Total de Facturas	Otro (especificar)
6	Preoperatorias () Postoperatorias ()		Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		
	Documentos requeridos para el trámite de Reembolso: a. Formato de solicitud de Reembolso. b. Radiografías o fotografías previas y posteriores al tratamiento. c. Comprobante fiscal digital (CFDI), así como el archivo XML y el PDF emitido a favor del Asegurado Titular. d. Copia de la Identificación Oficial vigente del titular de la póliza a quien deberá hacerse la transferencia electrónica, orden de pago. e. Copia del comprobante de domicilio (menor a 3 meses de antigüedad) en caso de que sea diferente a la de la identificación oficial. f. Carta explicativa, indicando el motivo por el cual no se accedió a un dentista de la red (no aplica en planes de Red Abierta). g. En caso de Implantes, copia de la Carta de Consentimiento Informado firmada por el asegurado. h. En caso de solicitar Transferencia Electrónica de Fondos enviar copia del estado de cuenta (menor a 3 meses de antigüedad) a nombre del Titular o Beneficiario afectado donde se visualice la cuenta CLABE. En caso de transferencia a beneficiario incluir copia de identificación oficial vigente. (1) Anexar los siguientes documentos adicionales en caso de que el Asegurado Titular tenga una nacionalidad diferente a "Mexicana" a. Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera , en condiciones de estancia de residente temporal o permanente en términos de la ley de migración. • Copia del documento que acredite la calidad migratoria en el país. b. Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera , sin residencia en territorio mexicano. • Copia del pasaporte. • Copia de documento que acredite su internación o legal estancia en el país. • Copia de documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.				
7	INFORMACIÓN PARA EL PAGO (Datos del Titular o del Beneficiario afectado, siempre y cuando sea mayor de edad)				
	Por este medio instruyo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. ("Dentegra") para que realice el pago de las cantidades autorizadas por concepto de reembolso por medio de:		<input type="checkbox"/> Transferencia Electrónica de Fondos <input type="checkbox"/> Orden de Pago Nombre: _____ Ciudad: _____ Correo electrónico: _____		
8	FIRMAS				
	Por este conducto acepto y reconozco en mi calidad de Asegurado Titular y en representación de mis Dependientes Económicos, haber o que han recibido los servicios odontológicos que se mencionan. Autorizo a Dentegra el uso y divulgación de los datos personales y sensibles proporcionados en este documento para los fines que se consideren necesarios en el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguros y del Aviso de Privacidad que consigo se encuentra en dentegra.com.mx . Asimismo, declaro que la información contenida en el presente formato es real y en su llenado no ha mediado dolo, error, retención u omisión o inexacta declaración al respecto.				
	Firma del Dentista Tratante		Firma del Asegurado Titular o Representante legal (menores de edad)		Fecha

Hoja 2 de 2 PRV04/2020

- “ Secciones: ”
- 5 Documentos Anexos
 - 6 Documentos requeridos para el trámite de Reembolsos
 - 7 Información para el Pago
 - 8 Firmas

Sección I. Datos del Asegurado Titular

DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (*Datos Obligatorios, evite rechazos)											
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)* 1			Número de Póliza* 2		
RFC		letras		año		mes		día		homoclave (o cuenta con ds)	
CURP			Sexo			Fecha de nacimiento* 3		País de nacimiento* 4		Nacionalidad*(1) 5	
Ocupación actual* 6			Actividad o Giro del negocio donde trabaja 7			Correo electrónico					
Calle* 8			No. Exterior* 9			No. Interior		Colonia* 10			
Código Postal* 11		País 12		Alcaldía o Municipio* 13		Ciudad o Población* 14		Entidad Federativa* 15		Teléfono (con clave lad. 16 clave lada teléfono	

Esta sección se deberá completar con los datos actuales del Asegurado Titular de la póliza.

* Datos Obligatorios:

- | | | |
|---|--|-------------------------|
| 1 Nombre completo del Asegurado Titular | 7 Actividad o Giro del negocio donde trabaja | 12 País |
| 2 Número de Póliza | 8 Calle | 13 Alcaldía o Municipio |
| 3 Fecha de Nacimiento | 9 Número Exterior | 14 Ciudad o Población |
| 4 País de Nacimiento | 10 Colonia | 15 Entidad Federativa |
| 5 Nacionalidad | 11 Código Postal | 16 Teléfono |
| 6 Ocupación actual | | |

En caso de no llenar algún dato obligatorio, es motivo de rechazo del reembolso.

Sección 2. Datos del Asegurado Afectado

DATOS DEL ASEGURADO AFECTADO (en caso de ser distinto al Asegurado Titular)										Mismo domicilio que el titular: <input type="checkbox"/>													
Apellido paterno*			Apellido materno*			Nombre(s)* 1																	
RFC		letras		año		mes		día		homodire (si cuenta con ella)		CURP		Sexo		Fecha de nacimiento* 2		País de nacimiento* 3		Nacionalidad*(1) 4			
Parentesco* 5		Hijo <input type="checkbox"/>		Cónyuge <input type="checkbox"/>		Otro <input type="checkbox"/>		Ocupación actual* 6				Actividad o Giro del negocio donde trabaja 7				Correo electrónico							
Calle* 8				No. Exterior* 9				No. Interior				Colonia* 10											
Código Postal* 11			País 12			Alcaldía o Municipio* 13			Ciudad o Población* 14			Entidad Federativa* 15			Teléfono (con clave lada) 16			clave lada			teléfono		

Esta sección se deberá llenar **sólo** cuando el asegurado que recibió el tratamiento es diferente al Asegurado Titular de la póliza.

* Datos Obligatorios:

- | | | |
|--|--|-------------------------|
| 1 Nombre completo del Asegurado Afectado | 7 Actividad o Giro del negocio donde trabaja | 13 Alcaldía o Municipio |
| 2 Fecha de Nacimiento | 8 Calle | 14 Ciudad o Población |
| 3 País de Nacimiento | 9 Número Exterior | 15 Entidad Federativa |
| 4 Nacionalidad | 10 Colonia | 16 Teléfono |
| 5 Parentesco | 11 Código Postal | |
| 6 Ocupación actual | 12 País | |

En caso de no llenar algún dato obligatorio, es motivo de rechazo del reembolso.

Sección 3. Datos del Dentista Tratante

DATOS DEL DENTISTA TRATANTE													
Apellido paterno			Apellido materno			Nombre(s) 1				Especialidad 2			
Cédula profesional 3			Teléfono (con clave lada) 4			clave lada			teléfono			Correo electrónico 5	

En esta sección se deberán indicar los datos del dentista que realizó el tratamiento al asegurado afectado:

- 1 Nombre completo del Dentista que realizó el tratamiento al asegurado.
- 2 Especialidad
- 3 Cédula Profesional
- 4 Teléfono
- 5 Correo Electrónico

El dentista tratante es el que atendió directamente al asegurado.

Sección 5. Documentos Anexos

DOCUMENTOS ANEXOS

1 Total de Radiografías	2 Reporte Dental	3 Total de Facturas	4 Otro (especificar)
Preoperatorias () Postoperatorias ()	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		

En esta sección se debe indicar el tipo de documentación que se anexa para la valoración del reembolso:

- 1 Indicar el número de radiografías que se anexan: Preoperatorias y Postoperatorias.
- 2 Indicar si se está anexando el Reporte Dental.
- 3 Indicar el total de facturas que se están anexando.
- 4 Indicar si se está anexando algún otro documento y especificar cual.

Sección 6. Documentos requeridos para el trámite de Reembolsos

Documentos requeridos para el trámite de Reembolso:

- a. Formato de solicitud de Reembolso.
 - b. Radiografías o fotografías previas y posteriores al tratamiento.
 - c. Comprobante fiscal digital (CFDI), así como el archivo XML y el PDF emitido a favor del Asegurado Titular.
 - d. Copia de la Identificación Oficial vigente del titular de la póliza a quien deberá hacerse la transferencia electrónica, orden de pago.
 - e. Copia del comprobante de domicilio (menor a 3 meses de antigüedad) en caso de que sea diferente a la de la identificación oficial.
 - f. Carta explicativa, indicando el motivo por el cual no se acudió a un dentista de la red (no aplica en planes de Red Abierta).
 - g. En caso de Implantes, copia de la Carta de Consentimiento Informado firmada por el asegurado.
 - h. En caso de solicitar Transferencia Electrónica de Fondos enviar copia del estado de cuenta (menor a 3 meses de antigüedad) a nombre del Titular o Beneficiario afectado donde se visualice la cuenta CLABE. En caso de transferencia a beneficiario incluir copia de identificación oficial vigente.
- (1) **Anexar los siguientes documentos adicionales en caso de que el Asegurado Titular tenga una nacionalidad diferente a "Mexicana"**
- a. **Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera**, en condiciones de estancia de residente temporal o permanente en términos de la ley de migración.
 - Copia del documento que acredite la calidad migratoria en el país.
 - b. **Personas Físicas de Nacionalidad Extranjera**, sin residencia en territorio mexicano.
 - Copia del pasaporte.
 - Copia de documento que acredite su internación o legal estancia en el país.
 - Copia de documento que acredite domicilio en el lugar de residencia permanente.

En esta sección se encuentra el listado de los documentos que se requieren para poder realizar el trámite de reembolso.

La falta de documentación es motivo de rechazo del reembolso.

Sección 7. Información de Pago

INFORMACIÓN PARA EL PAGO (Datos del Titular o del Beneficiario afectado, siempre y cuando sea mayor de edad)

Por este medio instruyo a Dentegra Seguros Dentales, S.A. ("Dentegra") para que realice el pago de las cantidades autorizadas por concepto de reembolso por medio de:

1

Transferencia Electrónica de Fondos

2

Orden de Pago

Nombre: _____

Ciudad: _____

Correo electrónico: _____

En esta sección se deberá seleccionar la manera en la que se desea que Dentegra realice la indemnización:

1. Transferencia Electrónica de Fondos: especificar el nombre del Banco, la cuenta CLABE (número de 16 dígitos) y anexar un estado de cuenta en donde se muestre la cuenta CLABE.

2. Orden de Pago: indicar el nombre del titular, ciudad en la que se realizará el cobro y correo electrónico al que se desea se envíe.

Sección 8. Firmas

FIRMAS

Por este conducto acepto y reconozco en mi calidad de Asegurado Titular y en representación de mis Dependientes Económicos, haber o que han recibido los servicios odontológicos que se mencionan. Autorizo a Dentegra el uso y divulgación de los datos personales y sensibles proporcionados en este documento para los fines que se consideren necesarios en el cumplimiento de los términos y condiciones de la Póliza de Seguros y del Aviso de Privacidad que conozco se encuentra en dentegra.com.mx Asimismo, declaro que la información contenida en el presente formato es real y en su llenado no ha mediado dolo, error, reticencia u omisión o inexacta declaración al respecto.

1

Firma del Dentista Tratante

2

Firma del Asegurado Titular
o Representante legal (menores de edad)

3

Fecha

En esta sección se deben plasmar las rúbricas correspondientes:

1

Firma del Dentista Tratante.

2

Firma del Asegurado Titular de la póliza o Representante legal (menores de edad).

3

Fecha en la que se firmó el formato.

La falta de firmas es motivo de rechazo del reembolso.

SONREÍR
ES FÁCIL 

Contáctanos: 55 5002 3102



dentegra.com.mx