

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA GASTOS DENTALES



PARTE 1.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

FOLIO N°

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		RUT ASEGURADO TITULAR
NOMBRE DEL PACIENTE	DIAGNÓSTICO PRECISO	FECHA DEL DIAGNÓSTICO
NOMBRE DE LA EMPRESA		INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE (nombre)

Autorización: Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Cía. de Seguros u otra Organización, a suministrar cualquier información relacionada con la historia dental, tratamiento o beneficios pagaderos por este reclamos a Contraloría Dental de Bci Seguros de Vida S.A., con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.

FECHA

FIRMA ASEGURADO TITULAR

PARTE 2.- DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

NOMBRE PROFESIONAL	RUT	TELÉFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL
FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TÉRMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+) ratifique fecha	

DETALLE DEL TRATAMIENTO

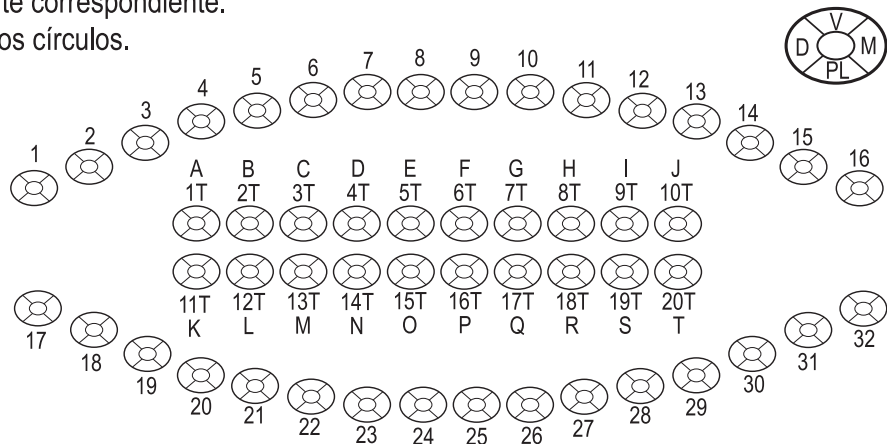
1.- TRATAMIENTO PIEZAS DENTARIAS, DETALLE TRATAMIENTO Y COMPLETAR DIAGRAMA

PRESTACIONES	PIEZAS N°	FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AA)	VALOR UNITARIO	TOTAL
			MONTO TOTAL	
			CANTIDAD DE DOCUMENTOS	

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA

- Piezas Ausentes indicar con **X**. Piezas Extraídas indicar con **E**.
- Piezas Obturadas indicar relleno en la parte correspondiente.
- Prótesis Fija o Removable, efectuar dibujo circundando los círculos.

M = Mesial
 T = Triturante
 D = Distal
 P = Palatino
 L = Lingual
 V = Vestibular



2.- TRABAJOS DE LABORATORIO

PRESTACIÓN	FECHA ATENCIÓN	CANTIDAD	Nº DE PIEZAS DENTARIAS	VALOR UNITARIO(\$)	VALOR TOTAL (\$)

3.- TRATAMIENTOS PROLONGADOS DE ORTODONCIA

TIPOS DE APARATOS	FECHA INSTALACIÓN	FECHA 1º CONTROL	Nº CONTROL ACTUAL	DURACIÓN APROX. TTO	VALORES APARATOS(\$)

CONTROLES MENSUALES

FECHA CONSULTA	DESCRIPCIÓN	VALOR CONSULTA(\$)

4.- OTROS TRATAMIENTOS PROLONGADOS (Disfunción, Rehabilitación)

FECHA CONSULTA	DESCRIPCIÓN	VALOR CONSULTA(\$)

COMENTARIOS ODONTÓLOGO

IMPORTANTE

Una vez terminado el tratamiento, emita boleta de honorarios adjuntando el presupuesto, para ser presentados a la compañía de Seguros. Siempre se debe presentar documentos originales.

La Compañía reembolsará sólo las prestaciones efectuadas y canceladas, no se reembolsarán prestaciones contra presupuestos cancelados en forma anticipada, por lo tanto, al presentar la boleta por tratamiento anual, se bonificará sobre lo realizado a a fecha.

FECHA

FIRMA ODONTÓLOGO

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO TITULAR

PARTE 1: Declaración de Asegurado

DATOS A COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO

PARTE 2:

Identificación del Profesional

Descripción del Tratamiento

Descripción del tipo de prestaciones, material y la cantidad.

Identificación del número de piezas dentarias tratadas.

En tratamientos prolongados como ortodoncia, rehabilitación, indicar los valores clínicos unitarios.

Identificar fecha de ejecución de las prestaciones. Ejemplo: Insllación, primer control, cementación, etc.