

Parte I: Debe ser completada por el empleado (Use letra imprenta)

NOMBRE ASEGURADO

NOMBRE PACIENTE

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 reclamo a Contraloría dental de Chilena Consolidada, Compañía de Seguros de Vida S.A., con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.

R.U.T. ASEGURADO

FIRMA ASEGURADO

Fecha

N° POLIZA

EMPRESA

Parte II: Debe ser completada por el Odontólogo INSTRUCCIONES AL REVERSO

NOMBRE PACIENTE

FECHA DE NACIMIENTO

Prestaciones	Piezas N°	Fecha de Atención			Valor Unitario	Total
		Día	Mes	Año		
Costo Laboratorio						

TOTAL \$ _____

IDENTIFICACION ODONTOLOGO

Apellidos	Nombres	Dirección	Ciudad	Teléfono	R.U.T
-----------	---------	-----------	--------	----------	-------

INTERES EN ESTABLECER CONVENIO REDENTAL

SI ☐

NO ☐

Tratamientos prolongados completar según instrucciones al reverso

Ortodoncia

Tipo de Aparatos _____ Fecha de Instalación _____ Fecha Primer control _____

Duración total aprox. _____ Valores Clínicos: Aparatos _____ Controles Mensuales _____

Comentarios Odontólogo _____ Diagnóstico _____

Firma

Parte III OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORIA DENTAL

--	--	--

Fecha Contraloría

Monto Aprobado y Válido

--

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

Parte I: Datos a llenar por el asegurado

- Nombre del asegurado y paciente
- R.U.T. Asegurado y fecha del llenado de formulario
- Firma asegurado
- N° de Póliza
- Empresa

Parte II: Datos a llenar por Odontólogo Tratante

Estimado Dr.: Con el objeto que su paciente obtenga los reembolsos que le correspondan en forma expedita es de suma importancia que usted de puño y letra llene el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:
(En caso de alguna duda comuníquese al teléfono: (02) 334 2380

1.- Tratamiento y su cobro

El paciente concurrirá a su consulta con el formulario de reembolso dental.

Ejecute los tratamientos en cuestión y consigne el detalle del tratamiento y la fecha de ejecución de las prestaciones. Adjunte las radiografías iniciales y de término, las que serán devueltas por nosotros al paciente Ej.:

- Bitewing para operatoria
- Retroalvear para endodoncia; diagnóstico y control relleno.
- Retroalvear para prótesis fija unitaria o plural (Radiografía de diagnóstico que muestre la brecha a rehabilitar)
- Retroalvear para implantes. Rx Inicial diagnóstica y post operatoria de control oseointegración.

Emita su boleta de honorarios adjuntándola al presupuesto, entregue esta documentación al paciente.

De ser necesario modificar el plan de tratamiento esto debe ser consignado en un nuevo formulario. Si realiza solo un tratamiento parcial del plan original indíquelo en el formularios y efectúe el cobro proporcional.