

**FORMULARIO PARA REEMBOLSO DENTAL****ANTES DE COMPLETAR EL PRESENTE FORMULARIO POR FAVOR LEER LAS INSTRUCCIONES AL REVERSO****PARTE I. DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (use letra imprenta)**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| Nombre Asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nombre Paciente |
| R.U.T.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | R.U.T.          |
| Autorización: Por medio de la presente, autorizo a cualquier dentista, médico, hospital, farmacia, compañía de seguros u otra entidad, a suministrar cualquier información relacionada con el historial o tratamiento dental a la Contraloría Dental de <b>MetLife Chile Seguros de Vida S.A.</b> con el objeto de evaluar y determinar los beneficios a pagar por concepto de esta solicitud. |                 |
| Firma Asegurado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Fecha           |

**PARTE II. DATOS DEL CONTRATANTE (use letra imprenta)**

|                |              |
|----------------|--------------|
| Nombre Empresa | N° de Póliza |
|----------------|--------------|

**PARTE III. DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO (use letra imprenta)**

| Nombre del Paciente                  |                     |          |     | Fecha de Nacimiento          |                |       |
|--------------------------------------|---------------------|----------|-----|------------------------------|----------------|-------|
| Prestaciones y<br>Caras involucradas | Pieza N°<br>o Grupo | Cantidad | Día | Fecha de Atención<br>Mes Año | Valor Unitario | Total |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
|                                      |                     |          |     |                              |                |       |
| <b>Costo laboratorio</b>             |                     |          |     |                              |                |       |

En caso de existir radiografías, debe adjuntarlas.

**TOTAL \$****IDENTIFICACIÓN ODONTÓLOGO**

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

**ORTODONCIA**

|                                       |                        |                                   |
|---------------------------------------|------------------------|-----------------------------------|
| Tipo de aparatos                      | Fecha de Instalación   | Fecha primer control              |
| Duración total aproximada tratamiento | Valor clínico aparatos | Valor clínico controles mensuales |
| Comentarios Odontólogo:               |                        |                                   |
|                                       |                        | Firma Odontólogo                  |

**PARTE IV. OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL**

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |                   |                         |    |
|--|--|-------------------|-------------------------|----|
|  |  | FECHA CONTRALORÍA | MONTO APROBADO Y VÁLIDO | \$ |
|--|--|-------------------|-------------------------|----|

## INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

**Importante: Este seguro sólo reembolsa gastos dentales por tratamientos efectivamente realizados al asegurado.**

**Parte I:** Datos a completar por el asegurado

- Nombre del asegurado y paciente.
- R.U.T. Asegurado y fecha del llenado del formulario.
- Firma Asegurado.

**Parte III:** Datos a completar por el Odontólogo Tratante

- Describa el tipo de prestaciones, material y cantidad.
- Identifique el número de las piezas dentarias tratadas y la cara involucrada.
- Identifique el grupo tratado en Periodoncia y Diagnóstico.
- En tratamientos prolongados como Ortodoncia Rehabilitación, Disfunción, indique los valores clínicos unitarios  
ej.: valores de aparatos, valor de cada control, costo de laboratorio, etc.
- Indique fecha de ejecución de las prestaciones ej.: Instalación, Primer Control, Cementación, etc.
- En caso de implantes debe enviarse radiografía de diagnóstico y radiografía de control de implante.