

# SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA GASTOS DENTALES



## PARTE 1 DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

FOLIO N°

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		RUT ASEGURADO TITULAR
NOMBRE DEL PACIENTE		DIAGNOSTICO PRECISO
		FECHA DEL DIAGNOSTICO
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 reclamo 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	TELEFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL
FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TERMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+) ratifique fecha inicio	

### DETALLE DEL TRATAMIENTO

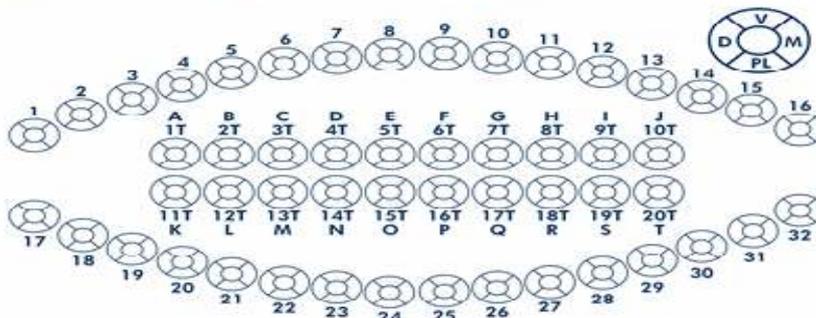
#### 1.-TRATAMIENTO PIEZAS DENTARIAS, DETALLE TRATAMIENTO Y COMPLETAR DIAGRAMA

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 rellenando el círculo en la parte correspondiente.
- Prótesis Fija o Removible, efectuar dibujo circundando los círculos.

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



**2.-TRABAJOS DE LABORATORIO**

PRESTACIÓN	FECHA ATENCION	CANTIDAD	NºPIEZAS DENTARIAS	VALOR UNITARIO (\$)	VALOR TOTAL (\$)

**3.-TRATAMIENTOS PROLONGADOS DE ORTODONCIA**

TIPOS DE APARATOS	FECHA INSTALACION	FECHA 1ER.CONTR	NºCONTROL 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 boletas por tratamiento anual, se bonificará sobre lo realizado a la fecha

\_\_\_\_\_

FECHA

\_\_\_\_\_

FIRMA ODONTÓLOGO

**INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO DE REEMBOLSO****DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO TITULAR**

PARTE 1 :Declaración del Asegurado

**DATOS A COMPLETAR POR EL ODONTOLOGO**

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: Instalación, primer control, cementación etc.