

**FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DENTAL****PARTE I. (DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO UTILIZANDO LETRA IMPRENTA)**

Nombre Asegurado:

Nombre Paciente:

Autorización: Por medio de la presente, autorizo a cualquier odontólogo, hospital, farmacia, compañía de seguros u otra entidad similar, a suministrar información relacionada con mi historial dental o con este tratamiento en particular a la Contraloría Dental de MetLife Chile Seguros de Vida S.A., con el objeto de que ésta compañía pueda evaluar y determinar los montos a reembolsar por concepto de esta solicitud.

Rut Asegurado:

Firma Asegurado:

Fecha (dd/mm/aaaa):

Razón Social Empleador:

**PARTE II. (DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO UTILIZANDO LETRA IMPRENTA)**

Nombre del Paciente:

Rut:

Fecha de Nacimiento:

Prestaciones efectuadas y Caras involucradas	Pieza N° o Grupo	Cantidad	Fecha de Atención (dd/mm/aaaa)	Valor Unitario	Valor Total (\$)
<b>Costo Laboratorio</b>					

Agradeceremos enviar radiografías de diagnóstico para la respectiva acreditación de la información estipulada en el presente formulario.

En caso de endodoncia, favor adjuntar radiografías de conductometría y control.

**Total:** \_\_\_\_\_**IDENTIFICACIÓN ODONTÓLOGO**

Apellidos:

Nombres:

Rut:

Dirección:

Ciudad:

Teléfono:

Comentarios Odontólogo, indicando diagnóstico:

Firma Odontólogo

**ORTODONCIA**

Tipo de Aparatos:

Fecha de Instalación:

Fecha Primer Control:

Duración Total Aproximada Tratamiento:

Valor Clínico Aparatos:

Valor Clínico Controles Mensuales:

**PARTE III. OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL**

--	--	--

 FECHA CONTRALORÍA

MONTO APROBADO

\$