

## SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA GASTOS DENTALES

**PARTE 1 DECLARACIÓN DEL ASEGURADO**

FOLIO N° \_\_\_\_\_

<b>NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR</b>		<b>RUT ASEGURADO TITULAR</b>
		-
<b>NOMBRE DEL PACIENTE</b>	<b>DIAGNOSTICO PRECISO</b>	<b>FECHA DEL DIAGNOSTICO</b>
<b>NOMBRE DE LA EMPRESA</b>	<b>INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL</b>	
	<input type="checkbox"/> FONASA	<input type="checkbox"/> Isapre

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**

<b>NOMBRE PROFESIONAL</b>	<b>RUT</b>	<b>TELEFONO</b>	<b>FIRMA DEL PROFESIONAL</b>
<b>FECHA INICIO TRATAMIENTO</b>	<b>FECHA TERMINO TRATAMIENTO</b>	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+) ratifique fecha inicio	

**DETALLE DEL TRATAMIENTO**

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

**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

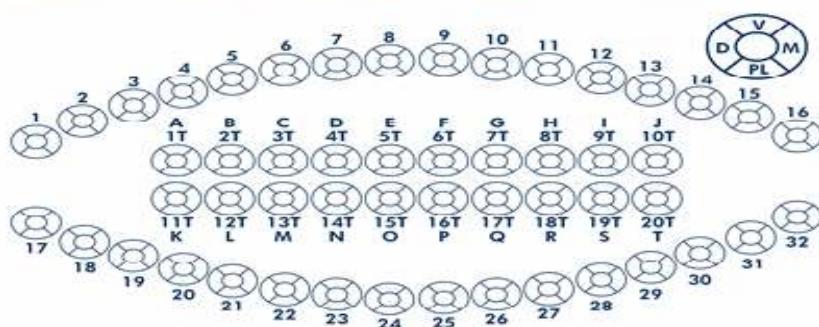
T=Triturante

D=Distal

P=Palatino

L=Lingual

V=Vestibular



**2.-TRABAJOS DE LABORATORIO**

PRESTACIÓN	FECHA ATENCIÓN	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.