

FECHA

Parte I debe ser completada por el Asegurado Titular

NOMBRE EMPRESA:		N° PÓLIZA:	
NOMBRE ASEGURADO TITULAR:		R.U.T.:	
NOMBRE PACIENTE:	EDAD:	R.U.T.:	
CORREO ELECTRÓNICO (Para mantener comunicación del gasto presentado):			
En caso de no desear notificación vía correo electrónico, la comunicación será efectuada a la siguiente dirección:			
FECHA 1ª CONSULTA ____ / ____ / ____		COTIZACIÓN DE SALUD:	
		ISAPRE ☐	FONASA ☐ NINGUNA ☐

Por este medio certifico que, a mi mejor conocimiento, la información entregada es correcta y verdadera. Además, autorizo a todos los odontólogos o cualquier otro especialista que me haya examinado, y a todos los hospitales o cualquier otra institución, para que suministren información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud o para una Contraloría Dental.

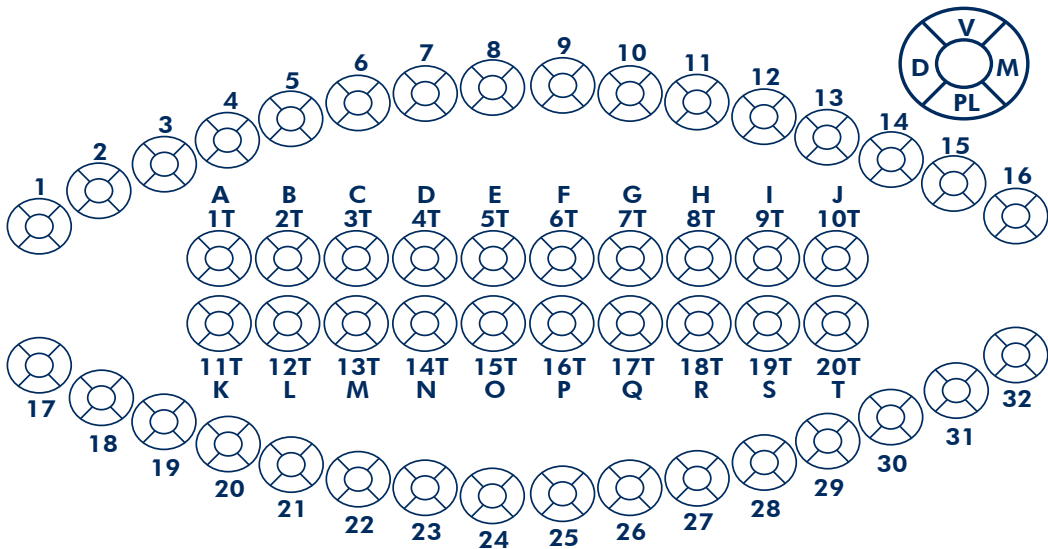
Parte II debe ser completada por el Odontólogo

[illegible]

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



TRABAJOS DE LABORATORIO										
ADJUNTE DETALLE DEL TRABAJO Y COSTO										
CÓDIGO					FECHA ATENCIÓN	CANT.	PRESTACIONES	Nº PIEZA DENTARIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TRABAJOS DE ORTODONCIA										
TIPO DE TRABAJO A USAR		FECHA DE INSTALACIÓN		FECHA 1º CONTROL		DURACIÓN TOTAL APROX. TRATAMIENTO		VALOR APARATOS (\$)		
Controles Mensuales										
FECHA CONSULTA		DESCRIPCIÓN						VALOR CONSULTA (\$)		
OTROS TRATAMIENTOS PROLONGADOS (Disfunción, Rehabilitación, etc.)										
FECHA CONSULTA		DESCRIPCIÓN						VALOR CONSULTA (\$)		
								VALOR TOTAL (\$):		

COMENTARIOS ODONTÓLOGO: _____

NOTA: Una vez terminado el tratamiento, para solicitar el reembolso de gastos emita boleta de honorarios adjuntando el presupuesto. Siempre debe presentar a la Compañía documentos originales.

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo N°1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la Compañía de Seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo.

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

FIRMA DEL ODONTÓLOGO

CONTRALORÍA DENTAL DE LA COMPAÑÍA	
OBSERVACIONES ODONTÓLOGO CONTRALOR: _____	
FECHA ENVÍO: ____ / ____ / ____	
FECHA EXAMEN CLÍNICO CONTRALORÍA: ____ / ____ / ____	_____ VºBº ODONTÓLOGO CONTRALOR

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL PRESUPUESTO

1.- Datos a llenar por el Asegurado Titular

- El nombre de la empresa a la cual pertenece y N° de póliza.
- El nombre del Asegurado Titular con su R.U.T.
- El nombre del paciente con su R.U.T. y edad.

2.- Datos a llenar por el Odontólogo tratante

Identificación del Odontólogo:

- Nombre y R.U.T. del Odontólogo.
- Dirección, Ciudad y Teléfono.

Descripción del tratamiento efectuado:

- Describa la cantidad y el número de las piezas dentarias tratadas, indicando la cara y el material a usar y su valor unitario correspondiente.
- Cuando corresponda indique el valor de Laboratorio.
- Los tratamientos prolongados como Disfunción, Rehabilitación, Ortodoncia deben ser cobrados por etapas semestrales dado que la Compañía no reembolsa presupuestos.
- Emita su boleta de honorarios una vez finalizado y cancelado el presupuesto.