



# HOJA 2 DE REEMBOLSO DENTAL

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 1 <sup>er</sup> 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 previsto 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: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

V/B<sup>er</sup> 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.
- Emite su boleta de honorarios una vez finalizado y cancelado el presupuesto.

Aquí debe informarse todo trabajo realizado por laboratorio dental

Dentista debe completar en caso de ortodoncia

Es obligatorio completar esta hoja para atenciones de ortodoncia, laboratorio y otras atenciones prolongadas

Para ortodoncia debe indicar:

1. Tipo de aparato
2. Fechas instalación
3. Duración del tratamiento
4. Fecha primer control
5. Rx de diagnóstico

- TRATAMIENTO DE ORTODONCIA E IMPLANTES TIENE CARENCIA DE 6 MESES

- GASTOS DE IMPLANTES, PROTESIS Y CORONAS SE LIQUIDAN CON RX PREVIA Y POST TRATAMIENTO.