

TRABAJOS DE LABORATORIO

ADJUNTE DETALLE DEL TRABAJO Y COSTO

CÓDIGO	FECHA ATENCIÓN	CANT.	PRESTACIONES	N° PIEZA DENTARIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

TRABAJOS DE ORTODONCIA

N°

TIPO DE TRABAJO A USAR	FECHA DE INSTALACIÓN	FECHA 1° 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.

ORIGINAL: CONSORCIO SEGUROS VIDA

COPIA: CLIENTE

FS/C007 - 31032025