

N° _____

 FECHA

Día	Mes	Año

Parte I debe ser completada por el Asegurado Titular

NOMBRE EMPRESA:	N° PÓLIZA:
NOMBRE ASEGURADO TITULAR:	R.U.T.:
NOMBRE PACIENTE:	EDAD:
CORREO ELECTRÓNICO (Para mantener comunicación del gasto presentado):	
FECHA 1ª CONSULTA ____ / ____ / ____	
PREVISIÓN DE SALUD: FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE <input type="checkbox"/> NOMBRE ISAPRE: _____	
OTRA <input type="checkbox"/> NOMBRE OTRA: _____	

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 suministre 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

Dr., para que el paciente pueda beneficiarse de su Seguro de Salud le agradeceremos aportar los siguientes antecedentes:

PROFESIONAL: _____	R.U.T.: _____
DIRECCIÓN: _____	CIUDAD: _____ FONO: _____
INICIO DE TRATAMIENTO: ____ / ____ / ____	CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO: SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
TÉRMINO DE TRATAMIENTO: ____ / ____ / ____	EN CASO DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO INDICAR EL N° DE SOLICITUD ANTERIOR: _____

DETALLE DEL TRATAMIENTO - INFORMACIÓN OBLIGATORIA
 (además completar Diagrama a continuación)

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

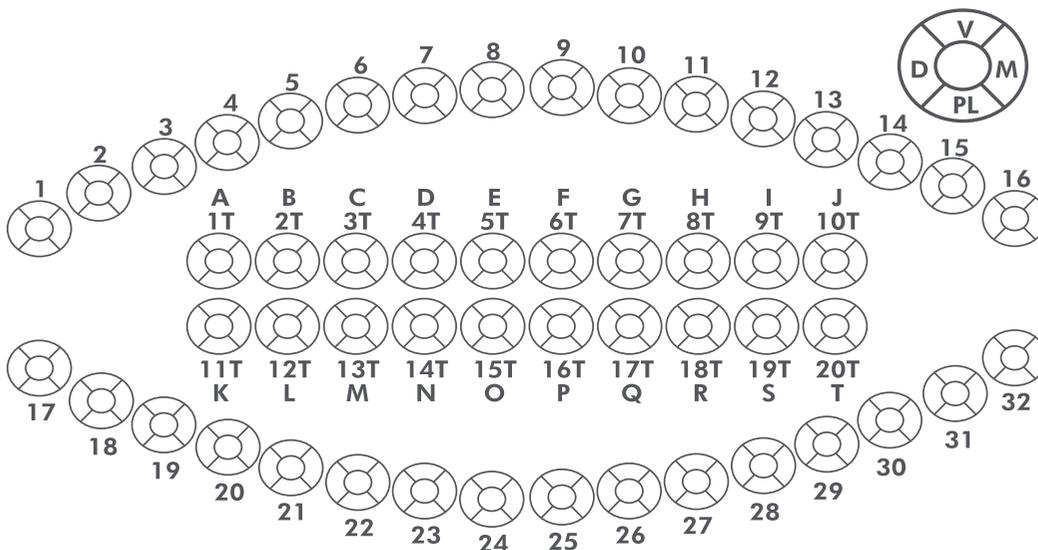
 ORIGINAL: CONSORCIO SEGUROS VIDA
 COPIA: CLIENTE

 ABASCNS089 • BI_25/4 • Imp. Londres
 FSC002 • 31.102021

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA (USO EXCLUSIVO DEL ODONTÓLOGO):

- Piezas Ausentes indicar con X, Piezas Extraídas indicar con E.
- Piezas Obturadas indicar rellenando el círculo en la parte correspondiente.
- Prótesis Fija o Removable, efectuar dibujo circundando los círculos.

M=Mesial T = Triturante D=Distal P=Palatino L=Lingual Y=Vestibular



TRABAJOS DE LABORATORIO**ADJUNTE DETALLE DEL TRABAJO Y COSTO**

FECHA ATENCIÓN	CANT.	PRESTACIONES	Nº PIEZA DENTARIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

TRABAJOS DE ORTODONCIA**Nº**

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.