

## FORMULARIO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DENTAL

### PARTE I. (DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO UTILIZANDO LETRA IMPRENTA)

Nombre Asegurado:		Nombre Paciente:	
Autorización: Por medio de la presente, autorizo a cualquier odontólogo, hospital, farmacia, compañía de seguros u otra entidad similar, a suministrar información relacionada con mi historial dental o con este tratamiento en particular a la Contraloría Dental de MetLife Chile Seguros de Vida S.A., con el objeto de que ésta compañía pueda evaluar y determinar los montos a reembolsar por concepto de esta solicitud.			
Rut Asegurado:	Firma Asegurado:	Fecha (dd/mm/aaaa):	
Razón Social Empleador:			

### PARTE II. (DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO UTILIZANDO LETRA IMPRENTA)

Nombre del Paciente:		Rut:		Fecha de Nacimiento:	
Prestaciones efectuadas y Caras involucradas	Pieza N° o Grupo	Cantidad	Fecha de Atención (dd/mm/aaaa)	Valor Unitario	Valor Total (\$)
<b>Costo Laboratorio</b>					

Agradeceremos enviar radiografías de diagnóstico para la respectiva acreditación de la información estipulada en el presente formulario.

En caso de endodoncia, favor adjuntar radiografías de conductometría y control.

**Total:** \_\_\_\_\_

### IDENTIFICACIÓN ODONTÓLOGO

Apellidos:	Nombres:	Rut:
Dirección:	Ciudad:	Teléfono:

Comentarios Odontólogo, indicando diagnóstico:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma Odontólogo

### ORTODONCIA

Tipo de Aparatos:	Fecha de Instalación:	Fecha Primer Control:
Duración Total Aproximada Tratamiento:	Valor Clínico Aparatos:	Valor Clínico Controles Mensuales:

### PARTE III. OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

			FECHA CONTRALORÍA		MONTO APROBADO	\$	
--	--	--	-------------------	--	----------------	----	--

C1000317