# DENUNCIO REEMBOLSOS GASTOS DENTALES

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000, desde celular (02) 2782 5398 • www.consorcio.cl

**N°** 15000367558

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: 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 1° 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 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: SI ☐ NO ☐

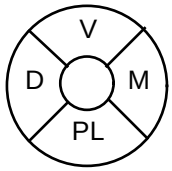
TÉRMINO DE TRATAMIENTO: ___/___/___ EN CASO DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO INDICAR EL Nº DE SOLICITUD ANTERIOR: _____

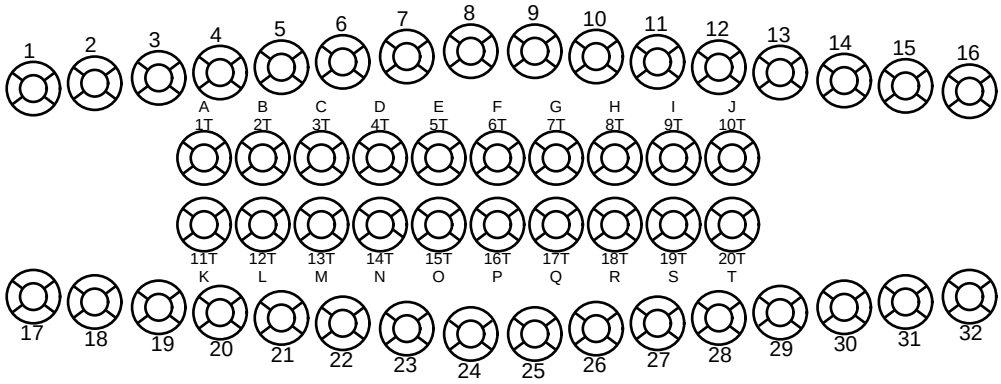
**DETALLE DEL TRATAMIENTO - INFORMACIÓN OBLIGATORIA**
**(ademas completar Diagrama a continuación)**

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

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA:**
- Piezas ausentes indicar con X, Piezas Extraídas indicar con E.
- Piezas Obturadas indicar rellenando el circulo 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




ORIGINAL: CONSORCIO SEGUROS VIDA

COPIA: CLIENTE

FSIC002 090713

## TRABAJOS DE LABORATORIO

ADJUNTE DETALLE DEL TRABAJO Y COSTO

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

## TRABAJOS DE ORTODONCIA

| 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, Rehabilitacion, 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: ___/___/_____

V°B° 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.