

FORMULARIO PARA REEMBOLSO DENTAL

PARTE I. DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (use letra imprenta)

Nombre Asegurado		Nombre Paciente	
Autorización: Por medio de la presente, autorizo a cualquier dentista, médico, hospital, farmacia, compañía de seguros u otra entidad, a suministrar cualquier información relacionada con el historial o tratamiento dental a la Contraloría Dental de MetLife Chile Seguros de Vida S.A. con el objeto de evaluar y determinar los beneficios a pagar por concepto de esta solicitud.			
R.U.T. Asegurado	Firma Asegurado		Fecha
Nombre Empresa			

PARTE II. DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO (use letra imprenta)

Nombre del Paciente		R.U.T		Fecha de Nacimiento			
Prestaciones y Caras involucradas	Pieza Nº o Grupo	Cantidad	Fecha de Atención			Valor Unitario	Total
			Día	Mes	Año		
Costo laboratorio							

Debe enviar radiografías de diagnóstico. **TOTAL \$** _____
 En caso de endodoncia debe adjuntar radiografías de conductometría y control.

IDENTIFICACIÓN ODONTÓLOGO

Apellidos	Nombres	R.U.T.
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	\$	
--	--	--	-------------------	----------------	----	--

C6650613