

## 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 <b>MetLife Chile Seguros de Vida S.A.</b> 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		
<b>Costo laboratorio</b>							

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

C6650613

### PARTE III. OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL

--	--	--

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