



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° 15000300777

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 <input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> NINGUNA <input type="checkbox"/>	

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: _____ FONONO: _____

INICIO DE TRATAMIENTO: ____/____/____ CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO: SI NO

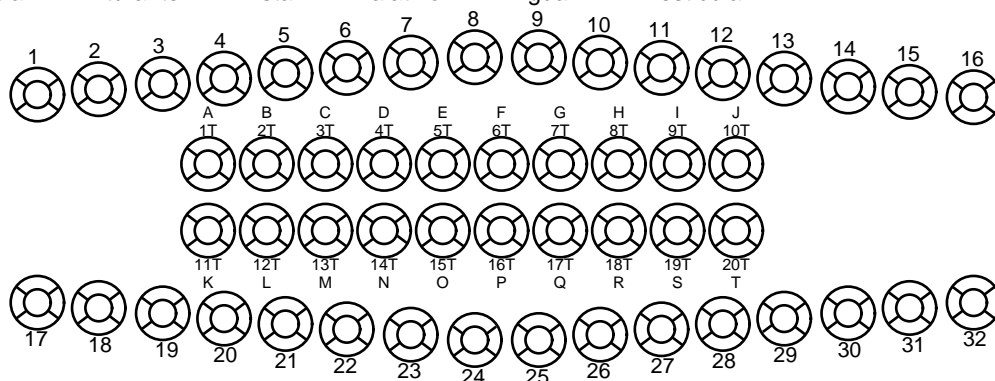
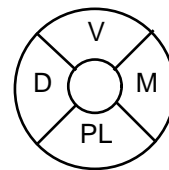
TÉRMINO DE TRATAMIENTO: ____/____/____ EN CASO DE CONTINUIDAD DE TRATAMIENTO INDICAR EL N° DE SOLICITUD ANTERIOR: _____

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

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 círculo 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.