

FORMULARIO PARA REEMBOLSO DENTAL**PARTE I. DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO (FAVOR UTILICE LETRA IMPRENTA)**

Nombres 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.		
RUT Asegurado:	Firma Asegurado:	Fecha (dd/mm/aaaa):
Nombre Empresa:		

PARTE II. DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO (FAVOR UTILICE LETRA IMPRENTA)

Nombre del Paciente:		RUT:		Fecha de Nacimiento (dd/mm/aaaa):	
Prestaciones y Caras involucradas	Pieza N° o Grupo	Cantidad	Fecha de Atención Día / Mes / Año	Valor Unitario	Total
Costo Laboratorio					

Favor adjuntar radiografías de diagnóstico.

En caso de endodoncia debe 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 (dd/mm/aaaa):	Fecha Primer Control (dd/mm/aaaa):
Duración Total Aproximada Tratamiento:	Valor Clínico Aparatos:	Valor Clínico Controles Mensuales:

PARTE III. OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL

--

Fecha Contraloría:

Día	Mes	Año			

Monto Aprobado \$:

--