

I. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR TIPO DE PRESTACIÓN

Revisa a continuación tu prestación dental y verifica los documentos necesarios para solicitar reembolso:

Odontopediatría, Operatoria Círgica (carillas, fotocurados, composite, extracciones)	Formulario dental completo con detalles de tratamiento y fechas de atención
	Boleta a nombre del beneficiario, con detalle de prestaciones y detalle y N° de piezas tratadas
	Radiografías de diagnóstico
Periodoncia (destartraje, pulido radicular, retracción, plano de relajación)	Formulario dental completo con detalles de tratamiento y fechas de atención
	Boleta a nombre del beneficiario, con detalle de prestaciones realizadas
Tratamientos Implantes o Injertos	Formulario dental completo con detalles de tratamiento y fechas de atención
	Boleta con nombre del paciente y con detalle prestación
	Presupuesto de tratamiento (si no tiene el presupuesto debe llenar este formulario)
	Radiografía de diagnóstico y/o control de tratamiento según corresponda
Prótesis Fija (coronas)	Formulario dental completo con detalles de tratamiento y fechas de atención
	Boleta con nombre del paciente y con detalle prestación
	Presupuesto de tratamiento (si no tiene el presupuesto debe llenar el formulario)
	Radiografía de diagnóstico
Instalación de aparatos e insumos de ortodoncia	Formulario dental completo con detalles de tratamiento y fechas de atención
	Boleta con nombre del paciente y con detalle prestación
	Presupuesto de tratamiento (si no tiene el presupuesto debe llenar este formulario)
	Radiografía de diagnóstico telerradiografía, panorámica y estudio
	Informe de radiografía
Urgencias, consultas o diagnósticos	Boleta a nombre del beneficiario con detalle de prestaciones
	No necesitas incluir este formulario
Fluoraciones o limpieza	Boleta a nombre del beneficiario y detalle de prestación
	No necesitas incluir este formulario
Controles Ortodoncia, sellantes o higienes	Boleta a nombre de beneficiario con detalle de prestación
	Sellantes, Identificar el N° de la piezas tratadas
	No necesitas incluir este formulario

El detalle de coberturas depende de la póliza contratada, recuerda revisarla en tu portal privado web.

II. ESTA SECCIÓN DEBER SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

Nombre Completo Odontólogo:	R.U.T.
Centro de Atención:	R.U.T.

III. ESTA SECCIÓN DEBER SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR

Nombre Completo Asegurado Titular:	R.U.T.
Nombre Completo Paciente:	R.U.T.

IV. DETALLE PRESTACIONES

Si en tu presupuesto dental está contenida toda la información de este cuadro, **no lo debes completar.**

Prestaciones	Grupo, Piezas y Caras	Fecha de Atención			Valor Unitario	Valor Total
		Día	Mes	Año		

Tratamientos Prolongados

Tipo de Aparatos:
Fecha Instalación:
Fecha 1° Control:
Duración Total Aprox:
Valores Clínicos Aparatos:
Valor Controles Mensuales:
Comentarios Diagnóstico:

V. DECLARACIÓN SIMPLE

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos y dentales (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos y/o dentistas, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos dentales.

Nombre y Rut Asegurado

Timbre y Firma Odontólogo