

Identificación del Odontólogo

Nombres:
Apellidos:
R.U.T.:
Dirección:
Ciudad:
Teléfono:

Tratamientos Prolongados

Tipo de Aparatos:
Fecha Instalación:
Fecha 1 ^{er} Control:
Duración Total Aprox.:
Valores Clínicos Aparatos:
Valor Controles Mensuales:
Comentarios Diagnóstico:

Firma
Odontólogo: _____

III. OBSERVACIONES CONTRALORÍA DENTAL

Fecha

Monto Aprobado y Válido

IV. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR

- Documentos contables (boletas, bonos, reembolsos) originales.
- Solicitud de reembolso de gastos dentales completa en todas sus secciones.
- Radiografías y diagnóstico en los siguientes casos:
 1. Bitewing para operatoria.
 2. Retroalveolar para endodoncia, diagnóstico y control relleno.
 3. Retroalveolar para prótesis fija unitaria o plural y control de tratamiento.
 4. Retroalveolar para implantes. Radiografía inicial, de control oseointegración y control de rehabilitación.
 5. Ortodoncia, estudio completo radiográfico (panorámica, telerradiografía).

Sus radiografías serán devueltas una vez evaluado sus antecedentes.

La liquidación del siniestro será practicada en forma directa por Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., pudiendo el Asegurado o Beneficiario oponerse dentro del plazo de cinco (5) días para lo cual deberá solicitar por escrito a la compañía la designación de un liquidador oficial de siniestros acompañando copia de esta solicitud.