

Nombre / Razón social de CONTRATANTE o empresa:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Cónyuge

Hijo (a)

Padre / Madre

Sexo M

F

Edad

Motivo de Consulta:

Signos y Síntomas:

[illegible]

Riesgo:

Observaciones:

Autorizo a mi corredor de seguros, para que pueda recoger el (los) cheque (s) correspondiente (s), así como suscribir y recepcionar cualquier tipo de documentación referente al pago del presente siniestro.

Para la evaluación del reembolso, este documento deberá estar correctamente llenado por el ASEGURADO y por el odontólogo tratante, según corresponda.

Formato para Reembolso Odontológico

Tratamiento Realizado	Cie 10	Costo Unitario	Costo Total

Requisitos básicos para un Reembolso Odontológico

Requerimientos para sustentar tratamiento con obturación, tratamientos de conductos y exodoncias.

- Radiografías de diagnóstico, periapicales o bite wing en piezas dentales que han sido obturadas en superficies interproximales.
- Radiografía de diagnóstico en pieza dental, que ha sido extraída.
- Radiografías de diagnóstico, conductometría y control de pieza dental que ha recibido tratamiento de conductos (endodoncias), pulpo y pulpetomanía.

Requerimientos para aprobación de tratamientos con prótesis dental (si su Plan de Salud lo contempla):

- Modelo de estudio (si la rehabilitación no es en piezas únicas aisladas).
- Radiografías periapicales de las piezas pilares y/o apoyos de prótesis.
- Informe médico que sustente el tratamiento a ejecutar.
- Otros elementos que considere convenientes para el sustento del tratamiento, fotografías clínicas.

Requerimientos para aprobación de tratamientos de ortodoncia (si su Plan de Salud lo contempla):

- Modelos de estudio, zocalados.
- Radiografías lateral estricta y panorámica con el respectivo informe y análisis cefalómetro.
- Informe médico que sustente la limitación de la función por la mal posición dental y no por razones estéticas.
- Otros elementos que considere convenientes para el sustento del tratamiento, radiografías cárpales, fotografías clínicas, etc.
- Los tratamientos de ortodoncia deben ser realizados por ortodontista con RNE (Registro Nacional de Especialidad).

Requerimientos para aprobación de tratamientos de periodoncia y/o cirugía bucal (si su Plan de Salud lo contempla):

- Radiografías de diagnóstico de la (s) pieza (s) a tratar.
- Periodontograma de la (s) pieza (s) a tratar.

Firma y sello del odontólogo
Tratante N° COP

Firma del Asegurado
DNI

/ /
Fecha