

**I. DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR TIPO DE PRESTACIÓN**

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

Grupo	Atención	Documentos
Dental Básico	Higiene, Limpieza, Destartraje, Profilaxis, Pulido coronario. Primera consulta, Sellantes, Fluor. Amalgama, Resina o composite simple o de 1 cara del diente, Prótesis removibles.	Boleta Formulario VC
Dental Especialidad	Ortodoncia. Periodoncia (tratamiento por especialista de encías). Trastorno temporo mandibulares (problemas de la articulación) y Bruxismo. Coronas, Carillas, Prótesis fijas e incrustaciones, Resina o composite de más de 1 cara del diente. Extracciones o exodoncia.	Boleta Formulario VC Radiografía anterior a tratamiento
	Implantes, Injertos, Regeneración ósea, Corona sobre implante. Endodoncia. Cirugías maxilofaciales.	Boleta Formulario VC Radiografía anterior a tratamiento Radiografía término tratamiento

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

**II. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ASEGURADO TITULAR**

Nombre completo asegurado titular:
RUT asegurado titular:
Nombre completo paciente:
RUT paciente:

**III. ESTA SECCIÓN DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO**

Nombre completo odontólogo
RUT odontólogo:
Centro de atención:
RUT centro de atención:

**DETALLE PRESTACIONES**

Prestaciones	Grupo, piezas y caras	Fecha de atención			Valor unitario	Valor Total
		Día	Mes	Año		
Costo laboratorio						
Costo insumos						
Total:						

**Ortodoncia y tratamientos prolongados:**

Tipo de aparatos:	Duración total aprox.
Fecha instalación:	Valores clínicos aparatos:
Fecha 1º control:	Valor controles mensuales:
Comentarios diagnóstico:	

**DECLARACIÓN SIMPLE**

Declaro que la información detallada es verdadera y facuto 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