

## Nombre / Razón social de CONTRATANTE o empresa:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

Cónyuge

Hijo (a)

Padre / Madre

Sexo

F

Edad

**Los siguientes campos deberán ser llenados por el odontólogo tratante en su totalidad**

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 malposición 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