

## SOLICITUD DE REEMBOLSO ODONTOLÓGICO

Complete los siguientes datos:

### 1. ¿Qué seguro usarás para aplicar este reembolso?

EPS / SCTR / AUS  Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud - RUC 20414955020. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente.  
Indique Nombre de la empresa empleadora: \_\_\_\_\_

Otro Seguro de Salud  Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros con RUC 20100041953. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente.  
Indique nombre del producto: \_\_\_\_\_

### 2. Datos del titular:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

Dirección:

Teléfono:

Email:

### 3 Datos del paciente:

¿Son los mismos datos del titular?  SÍ  Pasa al punto 4  
 NO  Por favor llena los datos.

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

Edad:

Parentesco del paciente con el titular

Cónyuge:

Hijo(a):

Padre/madre:

### 4. Los siguientes campos deben ser llenados por el odontólogo tratante (o debes asegurarte de que lo haya llenado en el expediente médico que entregas):

Motivos de consulta:

Signos y síntomas:



## 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

\_\_\_\_\_  
/ /  
Fecha

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

“RIMAC Seguros, brinda garantía que los datos proporcionados serán protegidos y tratados únicamente para gestionar los reembolsos de salud”

