

SOLICITUD REEMBOLSO GASTOS DENTALES

NOMBRE DE LA EMPRESA

DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR

RUT DEL ASEGURADO TITULAR

E-MAIL

NOMBRE DEL PACIENTE

FECHA PRESENTACIÓN

COTIZACIÓN DE SALUD

ISAPRE

FONASA

OTRA (indicar)

NINGUNA

SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA

Por este medio certifico que, a mi mejor conocimiento, la información entregada es correcta y verdadera. Además, autorizo a todos los odontólogos o cualquier otro especialista que me haya examinado, y a todos los hospitales o cualquier otra institución, para que suministre información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con esta solicitud o para una Contraloría Dental.

FIRMA DEL ASEGURADO

DECLARACIÓN ODONTÓLOGO

Dr., para que el paciente pueda beneficiarse de su Seguro de Salud le agradeceremos aportar los siguientes antecedentes:

TRATAMIENTO INDICADO

FECHA INICIO TRATAMIENTO

/ /

FECHA TERMINO TRATAMIENTO

/ /

NOMBRE DEL PROFESIONAL

RUT

TELEFONO

F-MAIL

FIRMA DEL PROFESIONAL

DETALLE TRATAMIENTO - INFORMACIÓN OBLIGATORIA
(Además completar diagrama)

FECHA ATENCIÓN	CANTIDAD	PRESTACIONES	Nº DE PIEZA DENTARIA	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

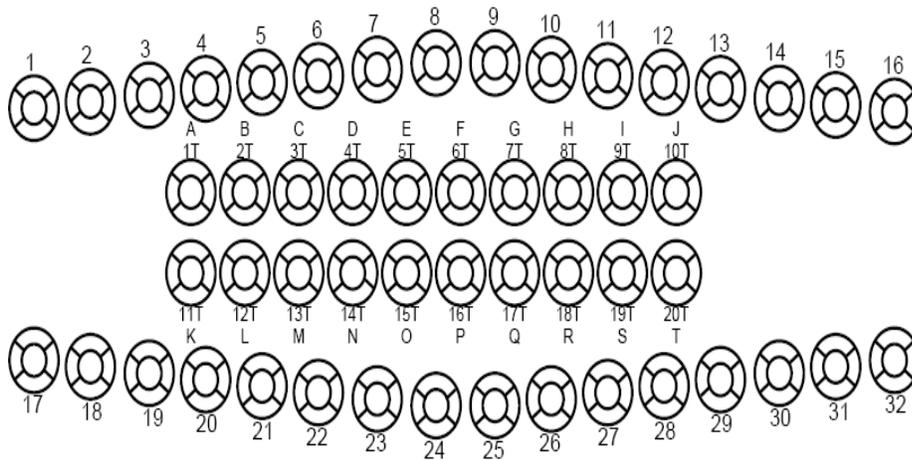
VALOR TOTAL FINAL



INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA

- Piezas ausentes indicar con **X**, Piezas Extraídas indicar con **E**.
- Piezas Obturadas indicar rellenando el círculo en la parte correspondiente.
- Prótesis Fija o Removible, efectuar dibujo circundando los círculos.

M=Mesial **T**=Triturante **D**=Distal **P**=Palatino **L**=Lingual **V**=Vestibular



NOTA: Una vez terminado el tratamiento, para solicitar el reembolso de gastos emita boleta de honorarios adjuntando el presupuesto. Siempre debe presentar a la Compañía documentos originales.

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del Decreto Supremo N°1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la Compañía de Seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo Decreto Supremo.