PRESUPUESTO SOLICITUD DE REEMBOLSO COBERTURA DENTAL

sura

FECHA | | | | | | | | |

Nombre Empresa	Nº Póliza
Nombre Trabajador	RUT
Nombre Paciente Edad	RUT

Fecha 1ª Consulta | | | | | | | | | Cotización Salud Isapre ☐ Fonasa ☐ Ninguna ☐

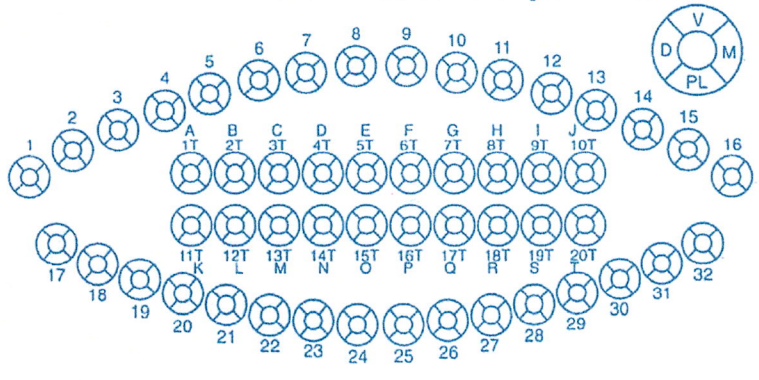
Por este medio certifico que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas a mi mejor conocimiento y autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualesquiera otra persona que me haya examinado, y a todos los hospitales o cualesquiera otra institución para que suministre información completa (adjuntando copias completas de sus archivos) en relación con este reclamo a Seguros de Vida SURA S.A.

Códigos	Prestaciones	Pieza Nº	Fecha de Atención Día	Mes	Año	Valor Unitario	Valor Total
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
9 0							
						Total $	

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



MARCAR EXACTAMENTE LA UBICACION DEL TRABAJO

Tratamiento de Ortodoncia

Tipo de aparato a usar:

Tiempo Total de Duración:

IDENTIFICACION ODONTOLOGO

RUT | | | | | | | | – | |

Fecha Presupuesto | | | | | | | |

Apellidos

Nombres

Nº Inscripción

Firma

*(Ver al dorso)

Observaciones: (Uso del Odontólogo Contralor)

Monto Aprobado

$

Fecha Aprobación | | | | | | | |

Vº Bº

- SIEMPRE DEBE USAR UN FORMULARIO ORIGINAL (NO FOTOCOPIADO)
- LA AUTORIZACION DE PRESUPUESTOS ESTAN SUJETAS A REVISION DE LOS TOPES DE LA COBERTURA