

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

Declaración del Asegurado

- N° de Póliza
- Nombre o Razón Social Empresa
- R.U.T. y Nombre del asegurado titular
- Nombre y Edad de Paciente
- Detalle de documentación enviada
- Firma Asegurado titular

Declaración Médica:

Estimado Dr.: Con el objeto que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, es de suma importancia que complete usted de su puño y letra, el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

- Identificación
- Describa el tipo de prestaciones, material y cantidad
- Identifique el número de las piezas dentarias tratadas
- En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación, Disfunción, indique los valores Clínicos unitarios Ej. Valor de aparatos, Valor de cada control mensual, Valor de planos de relajación, Coronas provisorias, Costo de laboratorio, etc.

Indique fecha de ejecución de las prestaciones Ej. Instalación, Primer Control, Cementación, etc.

En caso de alguna duda comuníquese al teléfono 800-550011

Certificación del Contratante

- Fecha de despacho
- Firma empleador