

SOLICITUD DE REEMBOLSO PARA GASTOS DENTALES



PARTE 1.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

FOLIO N°

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR		RUT ASEGURADO TITULAR	
NOMBRE DEL PACIENTE		DIAGNÓSTICO PRECISO	FECHA DEL DIAGNÓSTICO
NOMBRE DE LA EMPRESA		INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL	
		<input type="checkbox"/> FONASA	<input type="checkbox"/> ISAPRE (nombre)

FECHA

FIRMA ASEGURADO TITULAR

PARTE 2.- DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

NOMBRE PROFESIONAL	RUT	TELÉFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL
FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TÉRMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+) ratifique fecha	

DETALLE DEL TRATAMIENTO

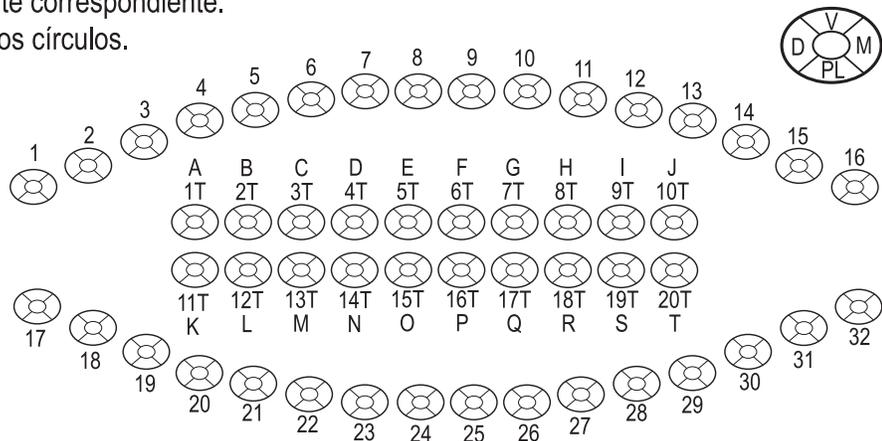
1.- TRATAMIENTO PIEZAS DENTARIAS, DETALLE TRATAMIENTO Y COMPLETAR DIAGRAMA

PRESTACIONES	PIEZAS N°	FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AA)	VALOR UNITARIO	TOTAL
			MONTO TOTAL	
			CANTIDAD DE DOCUMENTOS	

INSTRUCCIONES PARA LLENAR EL DIAGRAMA

- Piezas Ausentes indicar con **X**. Piezas Extraídas indicar con **E**.
- Piezas Obturadas indicar relleno en la parte correspondiente.
- Prótesis Fija o Removable, efectuar dibujo circundando los círculos.

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



2.- TRABAJOS DE LABORATORIO

PRESTACIÓN	FECHA ATENCIÓN	CANTIDAD	Nº DE PIEZAS DENTARIAS	VALOR UNITARIO(\$)	VALOR TOTAL (\$)

3.- TRATAMIENTOS PROLONGADOS DE ORTODONCIA

TIPOS DE APARATOS	FECHA INSTALACIÓN	FECHA 1º CONTROL	Nº CONTROL ACTUAL	DURACIÓN APROX. TTO	VALORES APARATOS(\$)

CONTROLES MENSUALES

FECHA CONSULTA	DESCRIPCIÓN	VALOR CONSULTA(\$)

4.- OTROS TRATAMIENTOS PROLONGADOS (Disfunción, Rehabilitación)

FECHA CONSULTA	DESCRIPCIÓN	VALOR CONSULTA(\$)

COMENTARIOS ODONTÓLOGO

IMPORTANTE

Una vez terminado el tratamiento, emita boleta de honorarios adjuntando el presupuesto, para ser presentados al servicio de bienestar. Siempre se deben presentar Documentos Originales.

Siempre se reembolsará sólo las prestaciones efectuadas y canceladas, no se reembolsarán prestaciones contra presupuestos cancelados en forma anticipada, por lo tanto, al presentar la boleta por tratamiento anual, se bonificará sólo lo realizado a la fecha.

FECHA

FIRMA ODONTÓLOGO

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

DATOS A COMPLETAR POR EL ASEGURADO TITULAR

PARTE 1: Declaración de Asegurado

DATOS A COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO

PARTE 2:

Identificación del Profesional

Descripción del Tratamiento

Descripción del tipo de prestaciones, material y la cantidad.

Identificación del número de piezas dentarias tratadas.

En tratamientos prolongados como ortodoncia, rehabilitación, indicar los valores clínicos unitarios.

Identificar fecha de ejecución de las prestaciones. Ejemplo: Insllación, primer control, cementación, etc.