

SOLICITUD DE COBERTURA DENTAL

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

N° PÓLIZA	NOMBRE DE LA EMPRESA O RAZÓN SOCIAL				
R.U.T.: ASEGURADO TITULAR	NOMBRE ASEGURADO TITULAR				
USO COMPAÑÍA SUBITEM NOMBRE	DEL PACIENTE			EDAD	
	TOTAL BONIFIC			FIRMA	
N° DOCUMENTOS TOTAL GASTOS	ISAPRE		FECHA RECLAMO	ASEGURADO TITULAR	
\$	\$	\$			
POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPI DENTISTAS O CUALESQUIERA OTRA PERSOI INFORMACIÓN COMPLETA O COPIA DE SU	NA QUE ME HAYA EXAMINA	DO, Y A TODOS LOS HOSPITALES	O CUALESQUIERA OTRA INSTITU	CIÓN PARA QUE SUMINISTRE	
DECLARACIÓN MEDICA DR. PARA QUE EL PACIENTE PUEDA HACER USO DEL BENEFICIO DENTAL, AGRADECEMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:					
RUT	PROFESIONAL				
DIRECCIÓN		CIUDA	D TEL	EFONO	
CONVENIO REDENTAL INTERÉS POR ESTABLECER CONVENIO					
SI NO	SI	NO			
PRESTACIONES	PIEZA N°	FECHA DE EJECUCIÓN DÍA MES AÑO	VALOR UNITARIO	TOTAL \$	
		1 1			
		1 1			
GASTOS LABORATORIO		1 1			
TRATAMIENTOS PROLONGADOS COMPLETAR SEGÚN INSTRUCCIONES AL REVERSO TOTAL \$ ORTODONCIA					
TIPO DE APARATOS FECHA DE INSTALACIÓN FECHA PRIMER CONTROL					
DURACIÓN TOTAL APROX. VALORES CLÍNICOS: APARATOS CONTROLES MENSUALES					
COMENTARIO ODONTÓLOGO FIRMA					
OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORÍA DENTAL FECHA CONTRALORÍA MONTO APROBADO Y VÁLIDO					
	CERTIFICACIÓN DEL CONTRATANTE				
	FECHA DE DESPACHO TIMBRE Y/O FIRMA				
		/ /			



SOLICITUD DE COBERTURA DENTAL

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

Declaración del Asegurado

- N° de Póliza.
- · Nombre o Razón Social Empresa.
- RUT 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 y Disfunción, indique los valores Clínicos unitarios, por ejemplo: 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, por ejemplo: Instalación, Primer Control, Cementación, etc.

En caso de alguna duda comuníquese al teléfono 600 582 3000

Certificación del Contratante

- Fecha de despacho
- Firma empleador