



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

E-MAIL

FIRMA DEL PROFESIONAL

