

INFORME DE GASTOS DENTALES

1. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

RUT							SISTEMA SALUD				
						-	FONASA <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ISAPRE	¿CUAL? _____	
NOMBRE				APELLIDO PATERNO				APELLIDO MATERNO			

2. IDENTIFICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA

RUT		NOMBRE		APELLIDO PATERNO		APELLIDO MATERNO	
ESPECIALIDAD				FECHA INICIO TRATAMIENTO		FECHA TERMINO TRATAMIENTO	

3. DETALLE TRATAMIENTO EFECTUADO (COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO)

PIEZA	DETALLE PRESTACIÓN	FECHA ATENCIÓN	VALOR
		VALOR TOTAL	

4. TRATAMIENTOS PROLONGADOS (COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO)

TIPO DE APARATOS	FECHA DE INSTALACIÓN	FECHA 1° CONTROL	DURACIÓN TRATAMIENTO	VALOR CLÍNICO APARATOS	VALOR CONTROLES MENSUALES

A TENER EN CONSIDERACION:

1. Completar un formulario por reembolso solicitado.
2. El plazo de presentación de los documentos es de 60 días a contar de la fecha del comprobante de pago.
3. Se aceptan solo los originales de cada documento presentado (no se aceptan fotocopia)
4. Se reembolsa sólo atenciones efectuadas, no se entregará beneficio a prestaciones dentales inconclusas, aunque estén canceladas.

FIRMA MEDICO	FIRMA BENEFICIARIO

FECHA: _____/_____/_____