

Solicitud de reembolso de gastos dentales

Importante: El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.

(*) Antes de completar esta solicitud de reembolso, lea atentamente las indicaciones señaladas al reverso.

I. Datos del asegurado titular y paciente

Nombre asegurado titular

RUT asegurado titular

Nombre paciente

RUT paciente

Parentesco

Sistema previsional de salud

Fonasa

Isapre

Especifique

Sin previsión

Otro

Especifique

Banco

Nº cuenta

E-mail

Autorización: Por este medio declaro que las respuestas anteriores son correctas y verdaderas, a mi mejor conocimiento, y autorizo a la Compañía de Seguros para solicitar toda la información que requiera sobre mis antecedentes clínicos o de los beneficiarios, y autorizo a todos los cirujanos dentistas o cualesquiera otra persona que me haya examinado, y a todos los hospitales o cualesquiera otra institución, para que suministre información completa o copia de sus archivos en relación con este reclamo a contraloría dental de Help Seguros de Vida S.A.

Firma asegurado titular

II. Declaración odontólogo tratante (debe ser completada por el odontólogo con letra impresa)

Nombre paciente

RUT paciente

Fecha nacimiento

Nombre odontólogo

RUT odontólogo

Dirección completa

Teléfono

Prestaciones y caras involucradas	Nº de Pieza o grupo	Cantidad	Fecha atención Día Mes Año	Valor Unitario	Total
Costo laboratorio					
Total \$					

Ortodoncia

Tipos de aparatos	Fecha instalación	Fecha primer control
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Duración total tratamiento	Valor clínico aparatos	Controles mensuales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comentarios odontólogo		<input type="text"/>
<hr/>		

Firma asegurado titular

III. Observaciones contraloría dental

<input type="text"/>	Monto aprobado <input type="text"/>
	Fecha contraloría <input type="text"/>