

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		
<input type="text"/>			<input type="text"/>		
Nombre paciente		RUT paciente		Parentesco	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Sistema previsional de salud	Fonasa <input type="checkbox"/>	Isapre <input type="checkbox"/>	Especifique <input type="text"/>		
	Sin previsión <input type="checkbox"/>	Otro <input type="checkbox"/>	Especifique <input type="text"/>		
Banco	<input type="text"/>	N° cuenta	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

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	
<input type="text"/>		<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Nombre odontólogo		RUT odontólogo			
<input type="text"/>		<input type="text"/>			
Dirección completa				Teléfono	
<input type="text"/>				<input type="text"/>	

Prestaciones y caras involucradas	N° de Pieza o grupo	Cantidad	Fecha atención			Valor Unitario	Total
			Día	Mes	Año		
Costo laboratorio							
Total \$							

Ortodoncia

Tipos de aparatos

Fecha instalación

Fecha primer control

Duración total tratamiento

Valor clínico aparatos

Controles mensuales

Comentarios odontólogo

Firma asegurado titular

III. Observaciones contraloría dental

Monto aprobado

Fecha contraloría