Solicitud de reembolsos gastos dentales

FECHA DE RECEPCIÓN			
N° POLIZA:	FB CORPORACIÓN DE SALUD SANTANDER	RUT:	73.338.200-7

Declaración del asegurado

Autorización: Por medio de la presente, autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Compañía de Seguro o a la Corporación de Salud Santander, a suministrar cualquier información relacionada con el historial dental o tratamiento a la Contraloría Dental de la Compañía de Seguro, con el objeto de evaluar y determinar los beneficios a pagar por concepto de esta solicitud.

RUT ASEGURADO TITULAR	NOMBRE ASEGURADO TITULAR

FECHA	FIRMA ASEGURADO

Declaración médica (se debe completar por el odontólogo tratante)

Estimado doctor: Para permitir a vuestro paciente aprovechar los beneficios del Seguro de Salud , solicitamos completar los siguientes antecedentes:

RUT PACIENTE	NOMBRE PACIENTE	FECHA NACIMIENTO

RELACIÓN CON EL TITULAR *(marque con una x)*	EL MISMO	CÓNYUGE	HIJO(A)

PRESTACIONES	N° PIEZA	CANTIDAD	FECHA ATENCIÓN	VALOR UNITARIO	TOTAL
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
			/ /	$	$
Costo laboratorio			/ /	$	$
En caso de existir radiografías, debe adjuntarlas.				TOTAL:	$

Identificación del odontólogo

RUT	NOMBRE COMPLETO	
DIRECCIÓN	**CIUDAD**	**TELÉFONO**

Ortodoncia

TIPO DE APARATO	FECHA INSTALACIÓN	FECHA PRIMER CONTROL
DURACIÓN APROX. TRATAMIENTO	**VALOR CLÍNICO APARATOS**	**VALOR CONTROLES**

COMENTARIOS ODONTÓLOGO:	FIRMA Y TIMBRE ODONTÓLOGO

Observaciones exámen contraloría dental:

FECHA CONTRALORÍA	MONTO APROBADO Y VALIDO
/ /	

Moneda 920, Piso 3, Oficina 303
Fonos: 22 648 46 54 - 22 647 62 08
Anexos: 84654 - 76208
e-mail: sisachcorsal@gmail.com / salud.corsal@santander.cl
www.corsal.cl