

## 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 CONTRALORIA						MONTO APROBADO Y VALIDO					
/ /											