

INFORME DE GASTOS DENTALES

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

EMPRESA	SUCURSAL / CENTRO DE COSTO

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

RUT	FECHA DE NACIMIENTO	SISTEMA SALUD	GÉNERO
		Fonasa: Isapre: ¿Cuál?	F M
NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	

3. IDENTIFICACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA

RUT	NOMBRE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO
ESPECIALIDAD	FECHA INICIO TRATAMIENTO	FIRMA MÉDICO	

4. DETALLE TRATAMIENTO EFECTUADO (COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO)

PIEZA	DETALLE PRESTACIÓN	FECHA ATENCIÓN TERMINADA	VALOR
VALOR TOTAL			

5. TRATAMIENTOS PROLONGADOS (COMPLETAR POR EL ODONTÓLOGO)

TIPO DE APARATOS	FECHA DE INSTALACIÓN	FECHA 1° CONTROL	DURACIÓN TRATAMIENTO	VALOR CLÍNICO APARATOS	VALOR CONTROLES MENSUALES
COMENTARIOS DEL ODONTÓLOGO			FIRMA DEL ODONTÓLOGO		

INSTRUCCIONES PARA EL BENEFICIARIO:

- a. Completar un formulario por cada paciente y por cada diagnóstico
- b. El presupuesto total deberá ser enviado junto al primer reembolso
- c. El plazo de presentación de sus gastos es de 60 días a contar de la fecha del comprobante de pago
- d. Los documentos a presentar deben ser solamente los originales (no se aceptan fotocopias)
- e. SERMECOOP reembolsa sólo atenciones efectuadas, no se entregará beneficio a prestaciones dentales inconclusas, aunque estén canceladas. Tratamientos de ortodoncia se evaluará la excepción a través de Contraloría Dental.

USO EXCLUSIVO CONTRALORÍA

RESOLUCIÓN MÉDICO CONTRALOR	
FECHA RESOLUCIÓN	PERIODO TRATAMIENTO
V°B° EVALUADOR (FIRMA)	

DECLARACIÓN DEL BENEFICIARIO	FIRMA BENEFICIARIO
Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a SERMECOOP LTDA. para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos y autorizo a los médicos, dentistas, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos dentales.	

FECHA: ____ / ____ / ____

TIMBRE SERMECOOP