SOLICITUD BONIFICACION PARA GASTOS DENTALES

PARTE 1 DECLARACIÓN DEL AFILIADO/A

NOMBRE DEL AFILIADO/A TITULAR	RUT AFILIADO/A TITULAR
NOMBRE DEL PACIENTE	
INSTITUCIÓN SALUD PREVISIONAL	
☐ FONASA ☐ Isapre (nombre)	

Autorización: Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Cía. de Seguros u otra Organización, a suministrar cualquier información relacionada con la historia dental, tratamiento o beneficios pagaderos por este reclamo al Departamento de Bienestar del Poder Judicial, con el objeto de validar y determinar los beneficios a pagar por concepto de este reclamo.

FECHA FIRMA ASEGURADO TITULAR

PARTE 2: DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

NOMBRE PROFESONAL	RUT	TELEFONO	FIRMA DEL PROFESIONAL

FECHA INICIO TRATAMIENTO	FECHA TERMINO TRATAMIENTO	¿CONTINUIDAD TRATAMIENTO? En caso (+) ratifique fecha inicio

DETALLE DEL TRATAMIENTO

1.-TRATAMIENTO PIEZAS DENTARIAS, DETALLE TRATAMIENTO

PRESTACIONES	PIEZAS Nº	FECHA DE ATENCIÓN (DD/MM/AA)	VALOR UNITARIO	TOTAL
		MONTO TOTAL		
		CANTIDAD DE DOCUMENTOS		

Recuerde:

La documentación debe presentarse scaneada en plataforma Buzón Virtual, la cual se encuentra en nuestra página web www.bienestar.pjud.cl.

El plazo para presentar documentos dentales para su bonificación en el Departamento de Bienestar son 180 días corridos desde la fecha de atención u otorgamiento de la prestación.

FECHA FIRMA ODONTÓLOGO

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR