

SOLICITUD BONIFICACION PARA GASTOS DENTALES

PARTE 1 DECLARACIÓN DEL SOCIO

NOMBRE DEL SOCIO TITULAR	RUT SOCIO TITULAR
NOMBRE DEL PACIENTE	FECHA DEL DIAGNOSTICO
INSTITUCION SALUD PREVISIONAL	
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> 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 PROFESIONAL	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 N°	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
"Cada día más y mejores beneficios para usted y su familia"
www.bienestar.pjud.cl