

## 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](http://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](http://www.bienestar.pjud.cl)