

INFORME GASTOS DENTALES

1. IDENTIFICACIÓN DE LA EMPRESA

| | |
|----------------|-----------------------------------|
| EMPRESA | SUCURSAL / CENTRO DE COSTO |
| | |

2. IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

| | | | | |
|---------------|----------------------------|-------------------------|-------------------------|----------|
| RUT | FECHA DE NACIMIENTO | SISTEMA SALUD | GÉNERO | |
| | | | 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