

SOLICITUD DE COBERTURA PARA TRATAMIENTO DENTAL ONCOLÓGICOS

Este documento debe ser llenado por su dentista y ser adjuntado con su solicitud de reembolso en nuestra Sucursal Virtual, con la siguiente documentación adicional:

- Orden con Indicación Médica
- Boleta con detalle de medicamento

DECLARACIÓN DEL CIRUJANO DENTISTA

Nombre completo paciente
RUT
Diagnóstico
Indicación Médica
Código de prestación
Detalle de prestaciones realizadas

ANTECEDENTE CIRUJANO DENTISTA

Nombre completo
RUT
Firma