



SOLICITUD BONO DENTAL

I. ANTECEDENTES DEL SOCIO

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
R.U.T.	ISAPRE (Identifique)	FONASA (marque con una X)
CORREO ELECTRÓNICO	CÉLULAR	TELÉFONO OFICINA

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE (socio o carga)

APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRE
R.U.T.	PARENTESCO (carga)	FECHA DE NACIMIENTO

III. ANTECEDENTES BONO DENTAL (adjuntar los documentos originales que acrediten el o los gastos dentales incurridos)

Nº DOCUMENTOS ADJUNTOS	TOTAL DE GASTOS PRESENTADOS	CONTINUACIÓN DEL TRATAMIENTO (marque con una X)	URGENCIA (marque con una X)

IV. ANTECEDENTES CIRUJANO DENTISTA TRATANTE

NOMBRE COMPLETO		
RUT	ESPECIALIDAD	TELÉFONO

V. DECLARACIÓN SIMPLE Y SANCIÓN

Declaración Simple:

Declaro presentar toda la documentación en original y autorizo la verificación de los documentos adjuntos.

Sanción:

Reglamento de Bienestar, Título V De las sanciones y su procedimiento, Artículo 9°:

En el hecho que el afiliado obtuvo o pretendió obtener beneficios económicos valiéndose de documentos o datos falsos, deberá reembolsar la suma percibidas indebidamente, con un recargo del 100% de su valor.

FECHA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

FIRMA SOCIO

DEPTO. DE BIENESTAR