

**SOLICITUD PARA REEMBOLSO DE ATENCIÓN DENTAL  
PRESTACIONES GRUPO 25 SUBGRUPO 3**

FECHA 

DÍA	MES	AÑO

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_  

APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRE

RUT \_\_\_\_\_ DIAGNÓSTICO \_\_\_\_\_

Nota: Para identificar las piezas dentarias utilizar nomenclatura continua (1 al 32).

**PRESTACIONES**

**Código 25-03-001**

Obturación, diagnóstico y tratamiento para una pieza dental.

Examen de salud 

DÍA	MES	AÑO

Radiografía Bite Wing 

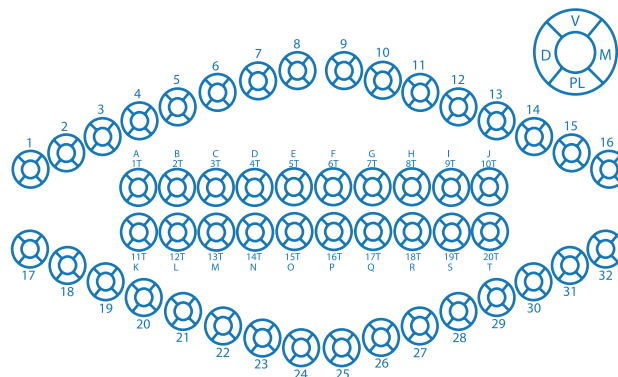
DÍA	MES	AÑO

Destartraje, higiene bucal 

DÍA	MES	AÑO

Obturación pieza \_\_\_\_\_ 

DÍA	MES	AÑO



**Código 25-03-002**

Obturación, tratamiento complementario, más de 1 y hasta 4 piezas dentales.

Fecha de término 

DÍA	MES	AÑO

Obturación de piezas \_\_\_\_\_

Debe acompañar radiografías Bite Wings.

**Código 25-03-003**

Obturación, tratamiento complementario, más de 4 piezas dentales.

Fecha de término 

DÍA	MES	AÑO

Obturación de piezas \_\_\_\_\_

Debe acompañar radiografías Bite Wings.

**Código 25-03-004**

Tratamiento de Endodoncia incisivo, una pieza dental.

**Código 25-03-005**

Tratamiento de Endodoncia Pre Molar, una pieza dental.

**Código 25-03-006**

Tratamiento de Endodoncia Molar, una pieza dental.

Tratamiento de endodoncia de pieza \_\_\_\_\_ Fecha de término 

DÍA	MES	AÑO

Debe acompañar radiografías previa y de control de endodoncia.

**DATOS DEL PROFESIONAL**

Nombre \_\_\_\_\_  

APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRE

RUT \_\_\_\_\_ Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_

Especialidad \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Para todos los efectos, certifico que tanto la individualización y datos del paciente así como los antecedentes clínicos contenidos en este documento o proporcionados posteriormente, son absolutamente fidedignos y concuerdan con la ficha médica del mismo. Asimismo, declaro que las prestaciones indicadas en este documento corresponden a las efectiva y exclusivamente realizadas al paciente individualizado en este documento.

Cod. 1400344

ABR 014

ORIGINAL ISAPRE

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Timbre

**DATOS DEL PACIENTE**

Nombre \_\_\_\_\_  

APELLIDO PATERNO
APELLIDO MATERNO
NOMBRE

RUT \_\_\_\_\_ Fecha probable de resolución 

DÍA	MES	AÑO

\_\_\_\_\_  
Firma cotizante

\_\_\_\_\_  
Timbre Isapre

COPIA AFILIADO