

SOLICITUD DE REEMBOLSO ODONTOLÓGICO

Complete los siguientes datos:

1. ¿Qué seguro usarás para aplicar este reembolso?

EPS / SCTR / AUS Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac S.A. Entidad Prestadora de Salud - RUC 20414955020. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente.
Indique Nombre de la empresa empleadora: _____

Otro Seguro de Salud Recuerda que debes solicitar facturas a nombre de Rimac Seguros y Reaseguros con RUC 20100041953. Los Recibos por Honorarios de cada médico deben estar emitidos a nombre del paciente.
Indique nombre del producto: _____

2. Datos del titular:

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

3 Datos del paciente:

¿Son los mismos datos del titular?

SÍ Pasa al punto 4

NO Por favor llena los datos.

Apellido Paterno:

Apellido Materno:

Nombres:

DNI:

Edad:

Parentesco del paciente con el titular

Cónyuge:

Hijo(a):

Padre/madre:

4. Los siguientes campos deben ser llenados por el odontólogo tratante (o debes asegurarte de que lo haya llenado en el expediente médico que entregas):

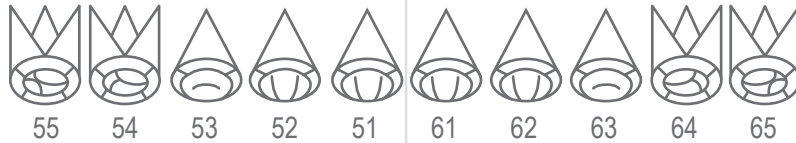
Motivos de consulta:

Signos y síntomas:

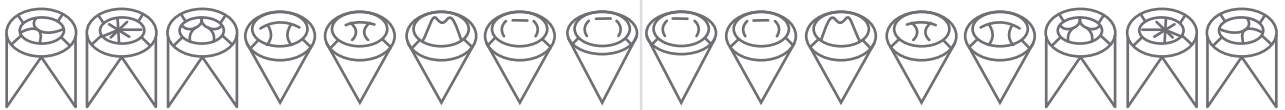
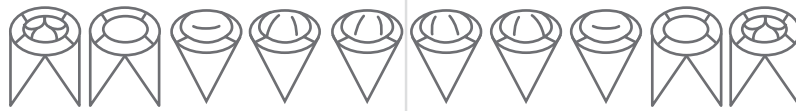
ODONTOGRAMA

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

18 17 16 15 14 13 12 11 21 22 23 24 25 26 27 28



55 54 53 52 51 61 62 63 64 65



48 47 46 45 44 43 42 41 31 32 33 34 35 36 37 38

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Riesgo:

Observaciones:

Tratamiento realizado	CIE10	Costo unitario	Costo total

Firma y sello del odontólogo
Tratante N° COP

Firma del Asegurado
DNI

/ /

Fecha

Para la evaluación del reembolso, este documento deberá estar correctamente llenado por el ASEGURADO y por el odontólogo tratante, según corresponda.

