

## 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:



