

FORMULARIO SOLICITUD DE REEMBOLSO DENTAL

SERVICIO DE BIENESTAR JUNJI

Este nuevo formulario será obligatorio para todos los afiliados/as desde el 01.04.2024.

DOCUMENTO DEBE SER COMPLETADO EN SU TOTALIDAD POR:

I. ASEGURADO TITULAR (puede completar de manera digital o de su puño y letra).

Nombre Completo Afiliado Titular (nombre y dos apellidos)	RUT afiliado titular
---	----------------------

II. ODONTÓLOGO o CENTRO DENTAL debe completar esta parte del formulario (A, B y C) (DE PUÑO Y LETRA DEL PRESTADOR).

*Nombre del Paciente * (afiliado o carga legal, nombre y dos apellidos)	RUT paciente (afiliado o carga legal)
---	---------------------------------------

A. Detalle de las Prestaciones:

Prestaciones/ plan de tratamiento/procedimiento	Pieza N°/ Cara	Valor (\$)
	Valor total	

B. Documentos tributarios de Pago (de acuerdo con los respaldos entregados por el prestador):

VOUCHER	BOLETA
*Fecha emisión del voucher:	*Fecha emisión de la boleta:
N° operación/transacción:	N° boleta:

C. Datos Centro Dental u Odontólogo

Nombre del Profesional Médico o Centro Odontológico:	RUT
Especialidad del odontólogo	Información de contacto (celular, mail, otro.)

Firma Afiliado/a titular

Firma y timbre especialista y/o Centro dental
(quien actúa como ministro de Fe respecto a la información otorgada por el afiliado/a)

*Quien entrega este formulario, declara que la información detallada es verdadera y faculta al Servicio de Bienestar para solicitar información adicional que necesite para confirmarlo y autoriza a dentistas o instituciones para que suministren la información necesaria, con la finalidad de analizar la procedencia de los gastos dentales.
**Considere que la adulteración de datos constituye expulsión total del Servicio de Bienestar y es una falta grave a la probidad, por lo cual la autoridad máxima de la región podrá determinar inicio de investigación o sumario administrativo.

***CONSIDERACIONES GENERALES**
a) Ingresar en sistema de Bienestar: **01 formulario** por cada boleta o documento de pago, **01 documento de pago y 01 presupuesto**.
b) En el punto II letra A "Detalle de las Prestaciones", el total debe coincidir con la Boleta y/o Voucher. de lo que Ud. paga con los documentos que está presentando para reembolso, es decir, las prestaciones realizadas el día de la fecha de los documentos contables de pago.
c) Todos los datos requeridos en este formulario son obligatorios. **Si deben efectuarse correcciones del punto II (A o B o C) éstas deben ser realizadas por el odontólogo o centro dental, en un nuevo formulario.**
d) El **presupuesto** debe tener fecha anterior (máximo de 365 días desde su fecha de emisión) o igual fecha a la que indica en la boleta o voucher .
e) En el caso de **tratamientos por ortodoncia**, que excedan la fecha del presupuesto original, debe **solicitar al prestador reimpresión actualizada al año en curso**.
f) El Servicio de Bienestar, podría solicitar documentos originales al afiliado/a, en caso de ser necesario. Según lo indicado por la SUSESO, los afiliados deben conservar los originales de los documentos de respaldo de los beneficios solicitados digitalmente al Servicio de Bienestar, por el plazo de 5 años (Circular N°3623 de fecha 18.10.2021)