

FORMULARIO PARA REEMBOLSO DENTAL CLINICAS U.C

PARTE I. DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO (use letra imprenta)

Nombre Asegurado	Nombre paciente	
R.U.T Asegurado	Firma Asegurado	Fecha


PARTE II. DEBE SER COMPLETADA POR EL PROFESIONAL

Nº DE PRESUPUESTO		Contralor
MONTO PRESTACIONES CLINICAS		
MONTO COSTO DE LABORATORIO		
FARMACIA		
SUBTOTAL		
TOTAL GASTOS		
FECHA DE ALTA		


Tratamientos de Ortodoncia

Tipo de tratamiento, tecnica.			Duración, meses	Fecha Instalación	Valor
Aparatos	Sup	Inf	tipo		Valor
				Total	

PARTE III. IDENTIFICACIÓN DEL ODONTOLOGO

	Rut:	7.253.901-K
<i>Fuster Baretto</i> <small>Apellidos</small>	<i>Rossana</i> <small>Nombres</small>	
<i>Portugal 84 Dep. 36</i> <small>Dirección</small>	<i>Stgo</i> <small>Ciudad</small>	<i>26335857</i> <small>Telefono</small>
Comentarios Odontólogo:	 <small>Firma Odontólogo</small>	

PARTE IV. OBSERVACIONES CONTRALORIA DENTAL

	Fecha contraloría
	 <small>Fecha contraloría</small>
	Monto Aprobado y Valido 12.800.-

DR. WALTER ENRIQUE LUBASCHER SILVA
CIRUJANO DENTISTA
RUT. 7.154.672-1 - R.C.D. 3812
Avda. Kennedy 7120 - Of. 304
Fonos: 656 70 35 - 656 70 36
Vitacura - Santiago

BOLETA DE HONORARIOS

№ 6021

Señor(es) Manuel Bruno Parra 2 de septiembre de 2013 Rut: _____
Dirección _____ Comuna _____

POR ATENCION PROFESIONAL:

<u>Atención dental</u>	<u>96.400.-</u>

V. Durán P.- Rut: 8.960.452-4 - Fono 7932393

[Firma]
FIRMA

NETO \$ _____
o/o Ret. Imp. Renta \$ _____
TOTAL \$ 96.400.-

ORIGINAL: CLIENTE

FORMULARIO PARA REEMBOLSO DENTAL CLINICAS U.C

PARTE I. DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO (use letra imprenta)

Nombre Asegurado	Nombre paciente
	Mamuel Bravo Pano
R.U.T Asegurado	Firma Asegurado
	Fecha
	05-09-2013

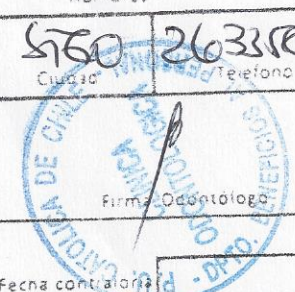
PARTE II. DEBE SER COMPLETADA POR EL PROFESIONAL

Nº DE PRESUPUESTO	73253	Contralor
MONTO PRESTACIONES CLINICAS	96.400.-	
MONTO COSTO DE LABORATORIO		
FARMACIA		
SUBTOTAL		
TOTAL GASTOS		
FECHA DE ALTA	96.400.-	

Tratamientos de Ortodoncia

Tipo de tratamiento, técnica.				Duración, meses	Fecha instalación	Valor
Aparatos	Sup	Inf	tipo			Valor
						Total

PARTE III. IDENTIFICACIÓN DEL ODONTOLOGO

<p style="font-size: 1.2em;">LUBARCHER SILVA</p> <p style="font-size: 0.8em;">Apellidos</p>	Rut: 7.14.672-1.
<p style="font-size: 1.2em;">WALTER</p> <p style="font-size: 0.8em;">Nombres</p>	
<p style="font-size: 1.2em;">POUNGAR 120730</p> <p style="font-size: 0.8em;">Dirección</p>	<p style="font-size: 1.2em;">5750 2633057</p> <p style="font-size: 0.8em;">Ciudad Teléfono</p>
Comentarios Odontólogo:	 <p style="font-size: 0.8em;">Firma Odontólogo</p>

PARTE IV. OBSERVACIONES CONTRALORIA DENTAL

	Fecha contraloría
Monto Aprobado y Valido	



Clínica Universidad Católica
Departamento de Beneficios al Personal
CLINICA ODONTOLOGICA

Página 1 de 1

Fecha:05-09-2013

Presupuesto Dental

Presupuesto N°: 73252

Especialidad : Periodoncia

Señor(a) : Bravo Parra Manuel

Rut : 6.862.944-6

Dirección : pje La Oración 14825 parad 4 Fono: 2325057-5599-5622 NF

Empresa : Universidad Católica

Detalle de Prestaciones

Pieza	Tratamiento a Realizar	Unitario	Subtotal	Valor
Sesión	Destartraje Supra-Subgingival x sextante			\$9.400
Sesión	Destartraje Supra-Subgingival x sextante			\$9.400
G4	Pulido radicular por grupo			\$38.800
G5	Pulido radicular por grupo			\$38.800

Total Prestaciones \$96.400

Total Presupuesto \$96.400

Descuento en..... cuotas, que se reajustarán con IPC sobre el saldo

Alta: / /

Este presupuesto es un presupuesto