

SOLICITUD DE REEMBOLSO Y PRESUPUESTO DE ASISTENCIA DENTAL

FECHA INGRESO		
---------------	--	--

Nº RECLAMO

PARTE I. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO (USE LETRA IMPRENTA)

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR	R.U.T.
------------------------------	--------

NOMBRE DEL PACIENTE - ASEGURADO BENEFICIARIO
--

AUTORIZACION : YO, POR LA PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER DENTISTA, MEDICO, HOSPITAL, FARMACIA, COMPAÑIA DE SEGUROS U OTRA ORGANIZACION A SUMINISTRAR A CONTRALORIA DENTAL DE BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A., TODO TIPO DE INFORMACION RELACIONADA CON LA HISTORIA DENTAL, TRATAMIENTOS O BENEFICIOS PAGADEROS POR ESTE RECLAMO RELATIVOS AL PACIENTE ESPECIFICADO ANTERIORMENTE, CON EL OBJETO DE VALIDAR Y DETERMINAR LOS BENEFICIOS A PAGAR POR CONCEPTO DE ESTE RECLAMO.

FECHA DE LA FIRMA		
-------------------	--	--

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

PARTE II. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR (USE LETRA IMPRENTA)

RAZON SOCIAL EMPRESA	R.U.T. EMPRESA
----------------------	----------------

NOMBRE DEL REPRESENTANTE

CERTIFICAMOS QUE EL ASEGURADO ARRIBA SEÑALADO SE ENCUENTRA VINCULADO COMO EMPLEADO ANTIGUO Y QUE SU SEGURO ESTABA VIGENTE EN EL MOMENTO QUE OCURRIÓ LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y QUE SUS DEPENDIENTES SE ENCUENTRAN AMPARADOS POR LA POLIZA DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS DENTALES.

FECHA DE PRESENTACION A LA COMPAÑIA		
-------------------------------------	--	--

FIRMA DEL REPRESENTANTE

PARTE III. DEBE SER COMPLETADO POR EL ODONTOLOGO (USE LETRA IMPRENTA)

NOMBRE MEDICO ODONTOLOGO	R.U.T.
--------------------------	--------

DIRECCION MEDICO ODONTOLOGO	CIUDAD	TELEFONO
-----------------------------	--------	----------

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE	EDAD
------------------------------	------

PRESTACION	Nº PIEZA	FECHA ATENCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

TOTAL PRESUPUESTO \$

TRATAMIENTOS PROLONGADOS ORTODONCIA

TIPOS DE APARATOS	FECHA DE INSTALACION	FECHA PRIMER CONTROL	DURACION TOTAL APROXIMADA
COMENTARIOS ODONTOLOGO	VALORES CLINICOS APARATOS		FIRMA Y TIMBRE DEL ODONTOLOGO
	CONTROLES MENSUALES		

OBSERVACIONES CONTRALORIA DENTAL (USO EXCLUSIVO ODONTOLOGO CONTROLADOR)

OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORIA DENTAL	MONTO APROBADO Y VALIDO
	FECHA CONTRALORIA

INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO

PARTE I. Datos a llenar por el Asegurado:

- Nombre del Asegurado y paciente.
- R.U.T. Asegurado y fecha del llenado del formulario.
- Firma Asegurado.

PARTE II. Datos a llenar por el Empleador:

- R.U.T. Empresa.
- Nombre Empresa y Representante.
- Fecha de Presentación.
- Firma del Representante empleador.

PARTE I. Datos a llenar por el Odontólogo:

Estimado Dr.: Con el objeto que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, es de suma importancia que usted de puño y letra llene el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

- Describa el tipo de prestaciones, material y la cantidad.
- Identifique el número de las piezas dentarias tratadas.
- En tratamientos prolongados como ortodoncia, rehabilitación, disfunción indique los valores clínicos unitarios.
Ejemplo: valor de aparatos, valor de cada control, valor planos, provisorios laboratorio, etc.
- Identifique fecha de ejecución de las prestaciones. Ejemplo: instalación, primer control, cementación, etc.

En caso de alguna duda comuníquese al teléfono 800 20 20 22.