



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 OCURRIO 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 55 001.