

# SOLICITUD DE REEMBOLSO Y PRESUPUESTO DE ASISTENCIA DENTAL



FECHA INCORPORACION  N° RECLAMO

## PARTE 1. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADO (USE LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE ASEGURADO TITULAR:  RUT:

NOMBRE PACIENTE - ASEGURADO DEPENDIENTE:

**AUTORIZACION:** YO, POR LA PRESENTE AUTORIZO A CUALQUIER DENTISTA, MEDICO, HOSPITAL, FARMACIA, COMPAÑIA DE SEGUROS U OTRA ORGANIZACION A SUMINISTRAR A CONTRALORIA DENTAL DE BICEVIDA 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 PAGARE POR EL CONCEPTO DE ESTE RECLAMO.

### FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DENTAL

**IMPORTANTE:** SI USTED NO HA REGISTRADO SUS DATOS DE TRANSFERENCIA BANCARIA, LE SOLICITAMOS COMPLETARLOS PARA AGILIZAR EL PROCESO DE ENTREGA DE SUS REEMBOLSOS.

CTA. CTE.     CTA. VISTA     CTA. AHORRO

<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° CUENTA	BANCO

FECHA FIRMA

\_\_\_\_\_  
FIRMA ASEGURADO TITULAR

## PARTE 2. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR (USE LETRA DE IMPRENTA)

RAZON SOCIAL EMPRESA:  RUT EMPRESA:

NOMBRE 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 PRESENTACION A LA COMPAÑIA

\_\_\_\_\_  
FIRMA REPRESENTANTE

## PARTE 3. DEBE SER COMPLETADO POR EL ODONTOLOGO (USE LETRA DE IMPRENTA)

NOMBRE MEDICO ODONTOLOGO:  RUT:

DIRECCION MEDICO ODONTOLOGO:  CIUDAD:  TELEFONO:

NOMBRE COMPLETO PACIENTE:  EDAD:

PRESTACION	N° PIEZA	FECHA ATENCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL

TOTAL PRESUPUESTO \$:

### TRATAMIENTOS PROLONGADOS ORTODONCIA

TIPOS DE APARATOS	FECHA INSTALACION	FECHA 1° CONTROL	DURACION TOTAL APROX.
-------------------	-------------------	------------------	-----------------------

OBSERVACIONES ODONTOLOGO	VALORES CLINICOS APARATOS	FIRMA Y TIMBRE ODONTOLOGO
	CONTROLES MENSUALES	

### OBSERVACIONES CONTRALORIA DENTAL (USO EXCLUSIVO ODONTOLOGO CONTRALOR)

OBSERVACIONES EXAMEN CONTRALORIA DENTAL	MONTO APROBADO Y VALIDO
	FECHA CONTRALORIA <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

## **INSTRUCCIONES PARA LLENAR FORMULARIO DE REEMBOLSO**

### **PARTE 1. DATOS A LLENAR POR EL ASEGURADO:**

- NOMBRE DEL ASEGURADO Y PACIENTE
  - RUT ASEGURADO Y FECHA DEL LLENADO DEL FORMULARIO
  - FIRMA ASEGURADO
- 

### **PARTE 2. DATOS A LLENAR POR EL EMPLEADOR:**

- RAZON SOCIAL EMPRESA
  - RUT EMPRESA
  - FECHA PRESENTACION EN LA COMPAÑIA
  - FIRMA REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR
- 

### **PARTE 3. DATOS A LLENAR POR EL ODONTOLOGO:**

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 INFORMACION SOLICITADA DE LA SIGUIENTE FORMA:

- DESCRIBA EL TIPO DE PRESTACION, MATERIAL Y LA CANTIDAD.
  - IDENTIFIQUE EL NUMERO DE LAS PIEZAS DENTARIAS TRATADAS.
  - EN TRATAMIENTOS PROLONGADOS COMO ORTODONCIA, REHABILITACION, DISFUNCION, IDENTIFIQUE LOS VALORES CLINICOS UNITARIOS.  
**EJEMPLO:** VALOR DE APARATOS, VALOR DE CADA CONTROL, VALOR DE PLANOS, PROVISORIOS LABORATORIOS, ETC.
  - IDENTIFIQUE FECHA DE EJECUCION DE LAS PRESTACIONES: EJEMPLO: INSTALACION, PRIMER CONTROL, CEMENTACION, ETC.
- 

**EN CASO DE ALGUNA DUDA COMUNIQUESE AL 800 20 20 22**