



SOLICITUD DE REEMBOLSO Y PRESUPUESTO DE ASISTENCIA DENTAL

Fecha de Ingreso
Número Reclamo

PARTE I: DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADO (Use letra imprenta)

Nombre del Asegurado Titular
R.U.T.
Nombre del Paciente - Asegurado Beneficiario

Autorización : Yo, por la presente autorizo a cualquier Dentista, Médico, Hospital, Farmacia, Compañía de Seguros u otra organización a suministrar a Contraloría Dental de Bice Vida Compañía de Seguros S.A., todo tipo de información 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 COMPLETADA POR EL EMPLEADOR (Use letra imprenta)

Razón 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 póliza de Beneficio Adicional de Gastos Dentales.

Fecha de presentación a la Compañía
Firma del Representante

PARTE III: DEBE SER COMPLETADA POR EL ODONTÓLOGO

Nombre Médico Odontólogo
R.U.T.
Dirección Médico Odontólogo
Ciudad
Teléfono
Nombre Completo del Paciente
Edad

Prestación	Nº Pieza	Fecha de Atención	Valor Unitario	Valor Total

Tratamientos Prolongados Ortodoncia

Total Presupuesto \$

Tipos de Aparatos
Fecha de Instalación
Fecha Primer Control
Duración Total Aproximada
Comentarios Odontólogo
Valores Clínicos Aparatos
Controles Mensuales
Firma y Timbre del Odontólogo

OBSERVACIONES CONTRALORIA DENTAL (Use exclusivo Odontólogo Contralor)

Observaciones Examen Contraloría Dental
Monto Aprobado y Válido
Fecha Contraloría

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 III: 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.