



# 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 ODONTOLOGO

 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.