

SOLICITUD DE REEMBOLSO Y PRESUPUESTO DE ASISTENCIA DENTAL

BICE VIDA

FECHA INCORPORACION

--	--	--

Nº 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 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 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.

<input type="checkbox"/> CTA. CTE.	<input type="checkbox"/> CTA. VISTA	<input type="checkbox"/> CTA. AHORRO	Nº 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	Nº PIEZA	FECHA ATENCION	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
TOTAL PRESUPUESTO \$:				

TRATAMIENTOS PROLONGADOS ORTODONCIA

TIPOS DE APARATOS	FECHA INSTALACION	FECHA 1º 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

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