

Solicitud de Reembolso Gastos Dentales

N°

uso exclusivo de la administradora
fecha: / /

antecedentes del beneficiario

rut beneficiario titular		apellido paterno		apellido materno		nombres	
teléfono fijo		celular		correo electrónico (titular)			
nombre del paciente -beneficiario- que efectúa el gasto				parentesco		fecha nacimiento (dd / mm / aaaa)	
isapre		síntoma que originó la visita al dentista			fecha primeros síntomas		
continuación del tratamiento SI* ☐ NO ☐		en caso de continuación de tratamiento, dar una referencia del caso					
en caso de accidente: indique la causa		fecha del accidente (dd / mm / aaaa)		lugar del accidente			
gasto: fecha del gasto (dd / mm / aaaa)		fecha presentación del gasto a la Admra.		N° de documentos		monto del gasto a cobrar	

declaración del beneficiario

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos (o dentistas), o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos dentales.

Firma Beneficiario

declaración del odontólogo tratante

nombre del paciente		fecha de consulta o inicio tratamiento (dd / mm / aaaa)	
rut odontólogo	nombre odontólogo	N° registro	teléfono

detalle tratamiento efectuado

pieza	detalle de prestación	fecha de atención	valor unitario	monto total	total
					\$
laboratorio					

ortodoncia; tratamientos prolongados (completar por odontólogo, según instrucciones en el reverso)

Tipo de aparatos	fecha de instalación	fecha 1 ^{er} control	duración tratamiento aprox.	valor clínico aparatos	valor controles mensuales
comentarios del odontólogo				firma y timbre odontólogo	

certificación empresa contratante

razón beneficiario empresa	N° contrato	fecha envío a la Administradora	firma empresa
Certificamos que el Beneficiario titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su plan de beneficios estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos dentales y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el contrato indicado.			



COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES

N°

Señor(a) Beneficiario: este Recibo es para su información del número de Solicitud de Reembolso. Complételo, córtelo y guárdelo.

nombre Beneficiario titular	rut	fecha
-----------------------------	-----	-------

Yo, como Beneficiario, recibo conforme comprobante de Solicitud de Reembolso de Gastos Dentales que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

	Nº	Nº
Instrucciones para el Beneficiario Titular		
1. Completar un formulario por cada Beneficiario paciente y por cada diagnóstico (Puño y Letra del Beneficiario). 2. No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Beneficiario y la Declaración de Médico Tratante". 3. El plazo de presentación de sus gastos es de 60 días, a contar de la fecha de cada prestación efectuada individualmente. 4. Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias). 5. Los gastos reembolsables sólo serán aquellos correspondientes a tratamientos terminados.		

Instrucciones para Odontólogo Tratante		
Con el objeto de 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: 1. Describa el tipo de prestaciones efectuadas, material y la cantidad. 2. Identifique el número de las piezas dentarias tratadas. 3. En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación, Disfunción, indique los valores Clínicos Unitarios Ej. Valor de los aparatos, valor de cada control, valor planos, provisorios laboratorios, etc. 4. Indique fecha de ejecución de cada una de las prestaciones Ej. Instalación, Primer Control, Cementación, etc.		