



## PLAN DE REEMBOLSO POR GASTOS DENTALES Administrado por ISAPRE CONSALUD

Complete esta parte del formulario y luego su dentista deberá completar la "Sección Dentista" (reverso)  
Llene este formulario cuidadosamente y no omita ningún dato para así facilitar el proceso de pago.

### 1. INFORMACION EMPLEADO:

APELLIDOS:	NOMBRE:	RUT:	N° SERIE: 
------------	---------	------	---------------

### 2. INFORMACION PACIENTE:

PACIENTE ES:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	APELLIDO:	NOMBRE:	<input type="checkbox"/>	NOMBRE:	FECHA NACIMIENTO: 
	EMPLEADO	CONYUGE	_____	_____	HIJO:	_____	

### 3. INFORMACION ACCIDENTE (Complete sólo si tratamiento se debe a un accidente)

FECHA ACCIDENTE: _____	FUE UN ACCIDENTE DEL TRABAJO: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
---------------------------	--

### 4. OTRA INFORMACION

ESTA EL PACIENTE CUBIERTO POR OTRO BENEFICIO DENTAL DE OTRA ISAPRE EMPRESA O INSTITUCION  SI  NO

SI SU RESPUESTA ES POSITIVA, COMPLETE LA SIGUIENTE INFORMACION:

NOMBRE FAMILIAR BAJO OTRO PLAN: \_\_\_\_\_

NOMBRE EMPLEADOR : \_\_\_\_\_

DIRECCION EMPLEADOR : \_\_\_\_\_ TELEFONO: \_\_\_\_\_

ISAPRE (especificar plan) : \_\_\_\_\_

MONTO BONIFICADO : \$ \_\_\_\_\_

Declaro conocer el reglamento de este plan, sus beneficios y limitaciones, y certifico que los datos contenidos en esta liquidación de gastos son correctos.

Asimismo, autorizo a IBM para contactar a los profesionales, centros médicos u otras instituciones relacionadas con esta liquidación, en caso de requerir información adicional.

FECHA:

--	--	--

FIRMA EMPLEADO: \_\_\_\_\_

