



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: _____

