SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS



			FECHA INGRE	30	Nº	RECLAMO		
I. DECLARACION D	DEL ASEGURADO TIT	TULAR						
NOMBRE 0 RAZON S	OCIAL DEL CONTRATA	NTE:						
NOMBRE ASEGURAD	O TITULAR:	RUT						
NOMBRE PACIENTE -	- ASEGURADO BENEFIC	CIARIO:						
		DICO O INSTITUCION N	-					
		N MEDIAR CONSULTA MEI	DICA, POR FAVOR IND	IQUE EL DIAGNOST			SE REALIZO ESTE.	
DIAGNOSTICO ANTE		FAVOR INDIQUE EL NU	MEDO DE DOCUM	ENTOC OHE CE A		A DIAGNOSTICO		
DETALLE DE LOS CO	JIVIPRUDANTES (PUR	FAVOR INDIQUE EL NU	MIERO DE DOCUMI	INTUS QUE SE A	DJUNTAN)			
DONOG	DEEMBOL OOO	DOLETAG FADAMAGIA	DECETAC	OTDOG		DOOLINAENITOO	TOTAL 6	
BONOS	DNOS REEMBOLSOS BOLETAS FARMACIA RECETAS OTROS TOTAL DOCUMENTOS 1					TOTAL\$		
QUE PRACTICARA EN 5 DIAS A CONTAR DE LIQUIDADOR EXTERNO	FORMA DIRECTA LA LIQU LA FECHA DE DENUNCIA D. ESTA SOLICITUD PODRA	DIMIENTO DE LIQUIDACION UIDACION DEL SINIESTRO A, OPONERSE A LA LIQUID A REALIZARLA A TRAVES D	QUE SE DENUNCIA. EL ACION DIRECTA, PAR E CARTA CERTIFICADA	. ASEGURADO O BE A LO CUAL DEBER/ A DIRIGIDA A AV. PR	NEFICIARIO DEL S A SOLICITAR POR I OVIDENCIA 1806, F	EGURO PODRA, DE ESCRITO A BICE VI PISO 2, PROVIDENCI	intro del plazo Ida que designe Ia.	DE UN
MEDICAMENTOS PRI LIQUIDACION Y TRASLA MANEJO DE LA MISMA EMANEN PRODUCTO D	ESCRITOS, TRATAMIEN NDO DE INFORMACION Y N. EN CASO DE QUE USTI JE LOS PROCESOS DE EV.	ER QUE TODOS LOS ANTE T OS, ETC. , SERAN DE CO QUE POR LO MISMO LIBE ED REQUIERA QUE LA INFO ALUACION Y LIQUIDACION, DLO Y REMITIR SUS DOCUM	NOCIMIENTO DE LAS RO A BICE VIDA CON DRMACION QUE ENVIA SEA TRATADA EN FOR	DIFERENTES PERS IPAÑIA DE SEGUF A BICE VIDA COMF RMA CONFIDENCIA	ONAS QUE PARTIC ROS S.A. DE TODA PAÑIA DE SEGUROS IL, LE SOLICITAMOS	CIPAN EN EL PROCI LA RESPONSABILI S S.A. Y LAS RESPU S HACERNOS SABI	eso de Evaluac Idad producto Jestas que de E Er esta resoluc	DEL STA CION
		LUD (SALUD Y CATAS TOS DETRANSFERENCIA BAI			ARAAGILIZAR EL PRO	OCESO DE ENTREGA	DE SUS REEMBOLS	30S.
CTA. CTE.	A. CTE. CTA. VISTA CTA. AHORRO)	N° CUENTA		BANCO		
CORREO ELECTRON	IICO:							
FECHA FIRMA	PLETADO POR EL E	FIRMA DEL ASEGUF		NO OLVIDE QUE PI AMBULATORIOS (I DE REEMBOLSO V	Consultas, exai	REEMBOLSOS D MENES Y MEDICA	E GASTOS MEDIO MENTOS) A TRA	COS VES
RAZON SOCIAL EMPR		WIPLEADUR			RUT			_
								_∐ 1
NOMBRE REPRESENTANTE: FECHA PRESENTACION COMPAÑIA FIRMA DEL 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 ENCUENTRA AMPARADOS POR LA POLIZA DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS.								NTE SUS
III. DECLARACION	DEL MEDICO	SEE HEI H		. DIVIVITE DE UNO				
		ENEFICIASE DE SU SEG	URO DE SALUD, LE	AGRADECEREMO	OS APORTAR LOS	S SIGUIENTES AN	ITECEDENTES:	
NOMBRE COMPLETO			,		RUT			-
DIAGNOSTICO PRINC	CIPAL (USAR LETRA IMP	PRENTA):						
FECHA PRIMERA DIAGNOSTICO FECHA ATENCION Nº DE SEMANAS								
EN CASO DE ACCIDI DETALLE FECHA, LUO DESCRIPCION DEL M	GAR Y							
TRATAMIENTO: PERIODO DE TRATAM E INDICACIONES ME		-						
NOMBRE MEDICO:								_
ESPECIALIDAD:								
RUT: TELEFONO:								
FECHA FIRMA					FIRMA Y TIMBR	E MEDICO		

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

- La Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos debe ser completada por: el asegurado, rellenando el recuadro titulado **DECLARACION DEL ASEGURADO**; y por el médico tratante, que debe rellenar el recuadro **DECLARACION DEL MEDICO**.
- 2. El asegurado deberá presentar a la Compañía una solicitud de reembolso por cada persona de su grupo familiar que haya incurrido en gastos médicos; es decir no deben incluirse en una solicitud de reembolso gastos que correspondan a más de un beneficiario. Los gastos médicos, en particular los de farmacia (medicamentos ambulatorios), deberán ser consecuencia de una consulta médica.
- 3. En los recuadros de la sección **DETALLE DE LOS COMPROBANTES**, debe indicarse el número de documentos de cada tipo que se adjuntan a la solicitud de reembolso. En el recuadro **TOTAL DOCUMENTOS**, se debe indicar el total de documentos presentados y debe corresponder a la suma de los recuadros anteriores. En el recuadro **TOTAL \$**, debe indicarse el gasto total efectivo descontado de cada gasto real el reembolso de la institución de salud a que pertenenece el asegurado o carga.
- 4. En caso de tratamientos prolongados o permanentes, o de controles por maternidad, el formulario deberá ser completado por el médico solamente en la oportunidad en que éste lo prescriba, haciendo constar el tipo y período aproximado de tratamiento.
- 5. El asegurado debe adjuntar a la solicitud: bonos, reembolsos, o programas de la entidad de salud previsional, además de las recetas médicas y las boletas de farmacia. Los gastos hospitalarios deberán ser presentados con el documento prefactura de la clínica u hospital. Las solicitudes de reembolso o bonificaciones de su isapre, deben ingresar con fotocopias de los documentos reembolsados. Todos estos documentos deben ser presentados en original, con la excepciones señaladas en el punto siguiente.

6. Gastos Médicos:

- Las recetas de los medicamentos deben indicar el nombre completo del paciente.
- Las boletas de farmacia deben indicar el nombre y precio de cada medicamento y se deben adjuntar a la receta médica correspondiente, ambas debidamente timbradas por la farmacia.
- En aquellas boletas que solo indiquen el total de la venta, deberá obtenerse de la farmacia el detalle del nombre y precio de los medicamentos, que podrá anotarse en el reverso o en hoja aparte, debidamente timbrado por la farmacia.
- Para gastos por medicamentos de uso permanente o prolongado, deberá adjuntarse el original de la receta, junto a la primera solicitud y fotocopias de las solicitudes de reembolsos posteriores. La receta original deberá ser renovada cada seis meses.
- Para los gastos de medicamentos de "uso controlado", se deberá adjuntar a la solicitud una fotocopia de la orden o receta médica debidamente timbrada por la farmacia.
- Para los gastos por medicamentos amparados por una receta magistral, se deberá adjuntar una fotocopia de la receta.
- 7. En caso de tener cobertura por gastos de óptica, el centro de venta y su institución de salud deberán indicar por separado el valor de marcos y cristales.
- 8. Las prestaciones no cubiertas por la institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el que no es reembolsable o está fuera de cobertura del plan de salud.
- 9. Cuando se trate de continuaciones de tratamientos, el asegurado deberá indicar esta situación en su declaración. En este caso no es necesario que el médico complete su parte, por cuanto los antecedentes ya están en poder de la Compañía (ver punto 4). De esta forma las solicitudes de reembolso para continuaciones de tratamiento solo deben ser completadas por el asegurado. Se exceptúan de esta disposición los controles ginecológicos y de niño sano, los que deberán completar la declaración del médico cada vez.
- En caso de asalto, accidente de tránsito o riña, adjuntar Parte Policial.
- Asimismo, en caso de accidente automotriz, pasar primeramente los gastos incurridos a la compañía de seguros en la que el vehículo afectado tenga la Póliza de Seguro Automotriz Obligatorio, luego a la isapre, si aún persiste diferencia, enviar copia de gastos y liquidaciones efectuadas.
- 10. El asegurado deberá presentar todos los antecedentes al encargado de la póliza en la empresa, quien los presentará a su vez de manera conjunta a la Compañía. Las solicitudes aprobadas se reembolsarán en un período no superior a cinco días hábiles a contar de la fecha de recepción de la remesa por parte de la Compañía.
- 11. Usted posee un plazo de 60 días a contar de la fecha de la prestación, para la presentación de la solicitud de reembolso de gastos. Los gastos presentados fuera de plazo no serán reembolsados.

USO EXCLUSIVO DE BICE VIDA S.A.					
EVALUACION DEPARTAMENTO MEDICO					
OBSERVACIONES DEPARTAMENTO DE SALUD					

REALIZA TUS REEMBOLSOS POR GASTOS MÉDICOS AMBULATORIOS DE FORMA 100% ONLINE





