



# DENUNCIO REEMBOLSOS GASTOS MÉDICOS

## Seguro Complementario de Salud

AVDA. EL BOSQUE SUR 180 • LAS CONDES, SANTIAGO • Call Center: 600 221 3000, desde celular (02) 2782 5398 • www.consortio.cl

**Sr. Asegurado:**

Sírvase leer las sugerencias del llenado de esta solicitud indicadas al reverso.

POLIZA N°:	
SOLICITUD N°	10000140521
N° DE DOCUMENTOS ANEXOS A ESTA	

### SECCIÓN A.- DECLARACIÓN MÉDICA

ESTIMADO PROFESIONAL MEDICO: LE AGRADECEREMOS COMPLETAR ESTOS ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE (ASEGURADO DEPENDIENTE O TITULAR)		FECHA EN QUE SE LE DIAGNOSTICO POR 1° VEZ ESTA ENFERMEDAD	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
DIAGNÓSTICO	PARA USAR EN CASO DE EMBARAZO	N° SEMANAS	FUR
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TRATAMIENTO INDICADO			
<input type="text"/>			
NOMBRE DEL PROFESIONAL MÉDICO	ESPECIALIDAD	TELÉFONO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
FECHA ATENCIÓN	R.U.T	FIRMA DEL PROFESIONAL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	

### SECCIÓN B.- DECLARACIÓN DEL ASEGURADO TITULAR

(Completar con letra imprenta excepto las áreas ennegrecidas)

NOMBRE DEL CONTRATANTE (EMPRESA)	RUT DEL ASEGURADO TITULAR						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR							
<input type="text"/>							
CORREO ELECTRÓNICO	(Para mantener comunicación del gasto presentado)						
<input type="text"/>							
En caso de no desear notificación vía correo electrónico, la comunicación deberá ser efectuada a la siguiente dirección							
<input type="text"/>							
SÍNTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MÉDICO	FECHA DE 1° SÍNTOMAS						
<input type="text"/>	<input type="text"/>						
PARA USAR SI ES CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO							
Diagnóstico							
<input type="text"/>							
N° de Reclamo:							
<input type="text"/>							
NÚMERO DOCUMENTO	FECHA DOCUMENTO	PRESTACIÓN	CÓDIGO PRESTACIÓN	TOTAL PRESTACIÓN	MONTO BONIFICADO POR ISAPRE	MONTO SOLICITADO A CONSORCIO	NÚMERO DE EVENTOS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
TOTAL						<input type="text"/>	<input type="text"/>

De conformidad a lo establecido en el Artículo 20 del decreto supremo N°1055, de 2012, del Ministerio de Hacienda, la liquidación del siniestro denunciado la practicará directamente la Compañía de Seguros. No obstante lo anterior, el asegurado o beneficiario del seguro podrá, dentro del plazo de 5 días hábiles contados desde esta fecha, oponerse a la liquidación directa de la compañía de seguros, solicitándole por escrito, que ésta designe un liquidador, de acuerdo a lo prevenido en el Artículo 21 del mismo decreto supremo.

FECHA

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------

**FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR**

ORIGINAL: COMPAÑÍA

COPIA: ASEGURADO

ABASCNS090

FSIC001-010713

**Al llenar este formulario le agradeceremos considerar lo siguiente:**

- 1.- Esta solicitud es utilizable sólo para reembolsos médicos de un paciente. No se debe utilizar, por ejemplo, para consultas medicas de 2 o más personas, o dos enfermedades distintas.
- 2.- Completar y presentar la presente solicitud acompañada de los documentos que la Isapre o Fonasa le entrega (copia afiliado) salvo para las prestaciones que no son cubiertas por ella, y en cuyo caso se debe adjuntar las boletas de honorarios médicos, con el timbre de la Isapre o Fonasa indicando que no es reembolsable.
- 3.- La sección A declaración médica deberá ser completada obligatoriamente salvo que se trate de una continuación de tratamiento, en cuyo caso sólo se requiere el llenado de la sección B indicando el Diagnóstico y el número de solicitud asociada (previamente registrada en la compañía).
- 4.- Los gastos incurridos por concepto de farmacia deberán ser presentados de la siguiente forma:
  - 4.1.- Enviar el original de la receta médica timbrada por la farmacia en conjunto con la boleta con el detalle de los medicamentos.
  - 4.2.- En casos de tratamientos a permanencia o prolongados, se debe enviar inicialmente el original de la receta médica, la cual será devuelta al asegurado con la visación de la compañía. Para las sucesivas solicitudes presentar fotocopia del documento visado.
  - 4.3.- Para medicamentos con recetas retenidas, enviar fotocopia del documento timbrado por la farmacia.