

## SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios a los entregados por el Sistema Previsional (FONASA) o por las Instituciones de Salud Previsional (Isapres), en consecuencia en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales antes descritos, deberá incluir el comprobante del gasto con el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

**IMPORTANTE: El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.**

### 1. DATOS DEL CONTRATANTE (De puño y letra del Asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre o Razón Social	Nº de Póliza

### 2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De puño y letra del Asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre Completo	Edad
Correo electrónico:		

### 3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)

Nombre del Paciente	Relación o parentesco con Asegurado Titular (si es otro especifique)
	<input type="checkbox"/> Él mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro:.....
Sistema Previsional	Otros seguros o beneficios de salud
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Sin previsión <input type="checkbox"/> Isapre ¿Cuál?	
¿Ha sido derivado o tratado por este mismo diagnóstico por otro médico?	Nombre del médico:
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Especialidad del médico:	

### CAUSA DEL REEMBOLSO

<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Embarazo	<input type="checkbox"/> Accidente	<input type="checkbox"/> Continuación de tratamiento
En caso de enfermedad o continuación de tratamiento indique: Diagnóstico..... Fecha de diagnóstico.....			
En caso de embarazo indique: FUR:..... Nº Semanas de gestación o embarazo:.....			
En caso de accidente indique: Lugar de ocurrencia <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto Casa/Trabajo <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Locomoción Colectiva <input type="checkbox"/> Otro:.....			
Detalle brevemente cómo ocurrió el accidente, indicando además fecha, hora del suceso y lugar de la primera atención de urgencia:			

Confirmando la exactitud de mis declaraciones y faculto a la Compañía de Seguros a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos o los de mis asegurados adicionales, como también autorizo a los facultativos o instituciones a entregar a la misma, todos los antecedentes a objeto de analizar esta solicitud de reembolso conforme a lo dispuesto en el Art. 127 del Código Sanitario, modificado por la Ley 19.628.

Total de gastos	Total de monto bonificado	Monto reclamado	Fecha de la declaración	Firma del Asegurado Titular

### 4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE ( Estimado Dr., agradecemos completar la siguiente declaración)

Nombre del paciente		Diagnóstico (en caso de embarazo indicar FUR y Nº de semanas de gestación)	
Fecha de atención:	Fecha de los primeros síntomas:		Fecha de diagnóstico:
¿Cuándo fue consultado por primera vez sobre este diagnóstico?	¿Ha tratado anteriormente al paciente? ¿Cuándo y por qué?		
Síntomas que originaron las visitas al médico			
TRATAMIENTO			
Medicamentos		Exámenes	Otros: especifique

Aquellos siniestros pagados o rechazados no constituyen un derecho para futuros siniestros, por lo que cada siniestro será evaluado en forma independiente.

### 5. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

C. DATOS DEL MÉDICO FIRMANTE			
R.U.T.		Nombre	Especialidad
I.C.M	Teléfono de la consulta	Fecha de la declaración	Firma del médico

Sr. Asegurado (a):

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradeceremos considerar las siguientes indicaciones

1. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa, Bienestar u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
2. Las prestaciones no cubiertas por la institución de salud, deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el cual no es reembolsable o si está fuera de la cobertura del plan de salud.
3. Deberá adjuntar todos los documentos originales y comprobante de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada.
4. Para solicitar reembolso de medicamentos:
  - a) Adjuntar receta original junto a la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos.
  - b) Para recetas a permanencia por tratamiento prolongado, adjuntar en primer lugar la receta original y en los próximos reclamos, enviar fotocopias de ésta junto a la boleta de la farmacia y detalle de los medicamentos.
  - c) Renovar la receta a permanencia de acuerdo a condiciones particulares de cada póliza.
  - d) Para recetas retenidas en la farmacia, adjuntar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento farmacéutico, señalando que el original queda en su poder por disposición del S.N.S
5. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como: fotocopias de Pre - facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. Ud. puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia e indicando además el diagnóstico inicial.
7. Si su plan incluye óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o seguro.
8. Para gastos de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología, envíe la orden médica para interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y número de sesiones.
9. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados en la póliza, no serán reembolsados por la Compañía Aseguradora.
10. En caso de accidente automovilístico o accidente laboral, se debe proceder según legislación vigente.
11. Se entiende como dirección del asegurado, la misma del contratante de la póliza.
12. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la Compañía Aseguradora, no podrá ser superior a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.

## 6. Para uso exclusivo de la Compañía

Observaciones Departamento Médico		
Fecha de la Evaluación	Nombre Liquidador Responsable	Firma Médico
Observaciones Departamento de Beneficios		
Fecha de la Evaluación	Nombre Responsable	Firma Responsable