

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Nº

	Fecha de ingreso
	Número Reclamo

DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

Nombre o Razón Social del Contratante
Nombre del Asegurado Titular
R.U.T.
Nombre del Paciente - Asegurado Beneficiario
Nombre que obligan a visitar al médico o institución médica

Si es una continuación de tratamiento, sin mediar consulta médica, por favor indique el diagnóstico anterior y la fecha en que se realizó éste.

	Fecha de Diagnóstico
Diagnóstico Anterior	

Detalle de los Comprobantes (Por favor, indique el número de documentos que se adjuntan)

Bonos	Reembolsos	Boletas de Farmacia	Recetas	Otros	Total Documentos	\$ Total
-------	------------	---------------------	---------	-------	------------------	----------

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos y asimismo autorizo al médico tratante u hospitales o cualquier otra institución para que suministre información de mi persona o beneficiario invocado en el presente documento a Bice Vida Compañía de Seguros S.A.
 Recuerde que en caso de accidente de tránsito, deberá presentar la liquidación del seguro obligatorio de Accidentes Personales (SOAP).

También por este medio declaro conocer que todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como **Diagnósticos, Medicamentos Prescritos, Tratamiento, etc.**, serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso de evaluación, liquidación y traslado de información, y que por lo mismo libero a **BICE Vida Compañía de Seguros S.A.** de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.

En caso de que usted requiera que la información que envía a BICE Vida Compañía de Seguros S.A. y las respuestas que de ésta emanen producto de los procesos de evaluación y liquidación, sea tratada en forma **CONFIDENCIAL**, le solicitamos hacernos saber esta resolución por escrito mediante una carta indicándolo y remitir sus documentos en sobre cerrado a nombre de **Departamento de Salud**, rotulado **CONFIDENCIAL**.

	Firma del Asegurado Titular
Fecha de la Firma	

PARTE II: DEBE SER COMPLETADA POR EL EMPLEADOR (Use letra imprenta)

	R.U.T. Empresa
Razón Social Empresa	
Nombre del Representante	

Certificamos que el asegurado arriba señalado se encuentra vinculado como empleado antiguo y que su seguro estaba vigente en el momento que ocurrió la enfermedad o accidente y que sus dependientes se encuentran amparados por la póliza de Beneficio Adicional de Gastos Dentales.

	Firma del Representante
Fecha de presentación a la Compañía	

DECLARACION DEL MEDICO

Doctor: Para que el paciente pueda beneficiarse de su seguro de salud, le agradecemos aportar los siguientes antecedentes:

	Edad
Nombre Completo del Paciente	

Diagnóstico Principal (Por favor usar letra de imprenta)
--

			Si es embarazo, N° de Semanas
Fecha Primera Consulta	Fecha de Diagnóstico	Fecha de Atención	

En caso de accidente, detalle fecha, lugar y descripción del mismo
--

Tratamiento: Periodo de Tratamiento e Indicaciones Médicas
--

	Firma y Timbre del Médico
Nombre del Médico	

	Firma y Timbre del Médico
Especialidad	

			Firma y Timbre del Médico
R.U.T.	Teléfono	Fecha de la Firma	

INSTRUCCIONES PARA COMPLETAR LA SOLICITUD

1. 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 Detalle de 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 Gastos debe indicarse el gasto total efectivo descontando de cada gasto real el reembolso de la institución de salud a que pertenece 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 periodo aproximado de tratamiento.
5. El asegurado debe adjuntar a la Solicitud: Bonos, Reembolsos, o Programas de la entidad de salud previsual, además de las recetas médicas y de las boletas de farmacia. Los gastos hospitalarios deberán ser presentados con el documento Prefactura de la clínica u hospital. Las Solicitudes de Reembolso o Bonificación de su Isapre, deben ingresar con fotocopias de los documentos reembolsados. Todos estos formularios deben ser presentados en original, con las excepciones señaladas en el punto siguiente.
6. Gastos de Medicamentos:
 - Las recetas de medicamentos deben indicar el nombre completo del paciente, escrito de puño y letra por el médico.
 - 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 sólo 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 ella en las solicitudes de reembolso posteriores. La receta original deberá ser renovada cada seis meses.
 - Para los gastos por 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 fotocopia de la receta.
7. En casos de tener cobertura por gastos de Optica, 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 periodo 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 BICE VIDA S.A.

EVALUACION DEPARTAMENTO MEDICO	Vº Bº
OBSERVACIONES DEPARTAMENTO DE SALUD	Vº Bº