BICEVida
El poder de la tranquilidad

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

FECHA INGRESO | | | Nº RECLAMO

I. DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE

NOMBRE DEL ASEGURADO TITULAR | R.U.T.

NOMBRE DEL PACIENTE - ASEGURADO BENEFICIARIO

MOTIVOS QUE OBLIGAN A VISITAR AL MEDICO O INSTITUCION MEDICA

SI ES UNA CONTINUACION DE TRATAMIENTO, SIN MEDIAR CONSULTA MEDICA, POR FAVOR INDIQUE EL DIAGNOSTICO ANTERIOR Y LA FECHA EN QUE SE REALIZO ESTE.

DIAGNOSTICO ANTERIOR | FECHA DE DIAGNOSTICO

DETALLE DE LOS COMPROBANTES (POR FAVOR, INDIQUE EL NUMERO DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN)

BONOS	REEMBOLSOS	BOLETAS DE FARMACIA	RECETAS	OTROS	TOTAL DOCUMENTOS	TOTAL $

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO N° 1055, ARTICULO 20), BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS A CONTAR DE LA FECHA DE LA DENUNCIA, OPONERSE A LA LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICITAR POR ESCRITO A BICEVIDA QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR EXTERNO. ESTA SOLICITUID PODRA REALIZARLA A TRAVES DE CARTA CERTIFICADA DIRIGIDA A AV. PROVIDENCIA 1806, PISO 2, PROVIDENCIA.

TAMBIEN POR ESTE MEDIO DECLARO CONOCER QUE TODOS LOS ANTECEDENTES QUE DAN ORIGEN A ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO, TALES COMO **DIAGNOSTICOS, MEDICAMENTOS PRESCRITOS, TRATAMIENTO, ETC.**, SERAN DE CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE EVALUACION, LIQUIDACION Y TRASLADO DE INFORMACION, Y QUE POR LO MISMO LIBERO A **BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** DE TODA RESPONSABILIDAD PRODUCTO DEL MANEJO DE LA MISMA.

EN CASO DE QUE USTED REQUIERA QUE LA INFORMACION QUE ENVIA A BICE VIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y LAS RESPUESTAS QUE DE ESTA EMANEN PRODUCTO DE LOS PROCESOS DE EVALUACION Y LIQUIDACION, SEA TRATADA EN FORMA **CONFIDENCIA**L, LE SOLICITAMOS HACERNOS SABER ESTA RESOLUCION POR ESCRITO MEDIANTE UNA CARTA INDICANDOLO Y REMITIR SUS DOCUMENTOS EN SOBRECERRADO A NOMBRE DE **DEPARTAMENTO DE SALUD**, ROTULADO **CONFIDENCIAL.**

FECHA DE LA FIRMA | | |

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

II. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

RAZON SOCIAL EMPRESA | R.U.T. 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 OCURRIO LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y QUE SUS DEPENDIENTES SE ENCUENTRAN AMPARADOS POR LA POLIZA DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS DENTALES.

FECHA DE PRESENTACION A LA COMPAÑIA | | |

FIRMA DEL REPRESENTANTE

III. DECLARACION DEL MEDICO

DOCTOR: PARA QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DE SU SEGURO DE SALUD, LE AGRADECEMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

NOMBRE COMPLETO DEL PACIENTE | EDAD

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (POR FAVOR USAR LETRA DE IMPRENTA)

FECHA PRIMERA CONSULTA			FECHA DE DIAGNOSTICO			FECHA DE ATENCION			SI ES EMBARAZO Nº DE SEMANAS

EN CASO DE ACCIDENTE, DETALLE FECHA, LUGAR Y DESCRIPCION DEL MISMO

TRATAMIENTO: PERIODO DE TRATAMIENTO E INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE DEL MEDICO

ESPECIALIDAD

R.U.T | TELEFONO

FECHA DE LA FIRMA | | |

FIRMA Y TIMBRE DEL MEDICO

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 previsional, 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	VºBº
OBSERVACIONES DEPARTAMENTO DE SALUD	**VºBº**