SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

BICE VIDA

FECHA INGRESO | | | | Nº RECLAMO |

I. DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE:

NOMBRE ASEGURADO TITULAR: RUT

NOMBRE 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 DIAGNOSTICO

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

BONOS	REEMBOLSOS	BOLETAS FARMACIA	RECETAS	OTROS	TOTAL DOCUMENTOS	TOTAL $

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPREMO Nº 1055, ART. 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 DENUNCIA, OPONERSE A LA LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICÍTAR POR ESCRITO A BICE VIDA QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR EXTERNO. ESTA SOLICITUD 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, TRATAMIENTOS, 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 LA 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 **CONFIDENCIAL**, LE SOLICITAMOS HACERNOS SABER ESTA RESOLUCION POR ESCRITO MEDIANTE UNA CARTA INDICANDOLO Y REMITIR SUS DOCUMENTOS EN SOBRE CERRADO A NOMBRE DE DEPARTAMENTO DE SALUD, ROTULADO **CONFIDENCIAL.**

FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD (SALUD Y CATASTROFICO SI CORRESPONDE)

IMPORTANTE: SI USTED NO HA REGISTRADO SUS DATOS DE TRANSFERENCIA BANCARIA, LE SOLICITAMOS COMPLETARLOS PARA AGILIZAR EL PROCESO DE ENTREGA DE SUS REEMBOLSOS.

☐ CTA. CTE. ☐ CTA. VISTA ☐ CTA. AHORRO | Nº CUENTA | BANCO

CORREO ELECTRONICO:

FECHA FIRMA



NO OLVIDE QUE PUEDE ENVIAR SUS REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS (CONSULTAS, EXAMENES Y MEDICAMENTOS) A TRAVES DE REEMBOLSO WEB

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

II. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

RAZON SOCIAL EMPRESA: RUT –

NOMBRE REPRESENTANTE:

FECHA PRESENTACION COMPAÑIA

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.

FIRMA DEL REPRESENTANTE

III. DECLARACION DEL MEDICO

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

NOMBRE COMPLETO PACIENTE: RUT –

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (USAR LETRA IMPRENTA):

FECHA PRIMERA CONSULTA | FECHA DIAGNOSTICO | FECHA 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 MEDICO:

ESPECIALIDAD:

RUT: TELEFONO:

FECHA FIRMA

FIRMA Y TIMBRE 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 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	VºBº
OBSERVACIONES DEPARTAMENTO DE SALUD	**VºBº**

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

BICEVIDA

Desde nuestro sitio web www.bicevida.cl



1. Ingresa a **Reembolso Web** en www.bicevida.cl, con su RUT y clave.
2. En la página de inicio, sección **"Mis productos"**, selecciona tu producto de Seguros Colectivos, Salud y a continuación presiona en el menú lateral "**Reembolso Web**".
3. En la siguiente ventana presiona el botón **"SOLICITAR REEMBOLSO WEB"**. Lee con cuidado la información que a continuación se detalla y presiona **"CONTINUAR"**.
4. Confirma tus datos y selecciona la carga para la que solicitas el reembolso y presiona **"CONTINUAR"**.
5. Adjunta los documentos de la prestación que deseas reembolsar. Debes adjuntar al menos 2 documentos (Formulario de Reembolso y respaldo de gastos) y presiona el botón "**ENVIAR SOLICITUD**".
6. Enviada la Solicitud de Reembolso, recibirás un mensaje, confirmando que el proceso se llevó a cabo con éxito.

Desde tu Smartphone descargando la nueva APP BICE VIDA.



1. Descarga la aplicación desde APP Store para Iphone y desde Google Play Store para Androide.
2. Accede a la aplicación con tu RUT y contraseña de Sucursal Virtual y presiona **"Solicitar Reembolso"**.
3. A continación se detallan las condiciones de uso de nuestro Reembolso Online. Una vez que hayas leído esta **importante información** presiona **"CONTINUAR"**
4. Confirma que tus datos personales estén correctos y selecciona la carga para la que solicitas el reembolso y presiona **"GUARDAR"**.
5. Adjunta los documentos de la prestación que deseas reembolsar. Deben ser al menos 2 documentos (Formulario de Reembolso y respaldo de gastos) y presiona el botón **"ENVIAR SOLICITUD"**.
6. Enviada la Solicitud de Reembolso, recibirás el siguiente mensaje, confirmando que el proceso se llevó a cabo con éxito.

Para mayor información puede llamar a nuestro Contact Center al 800 20 20 22.

Este servcio solo aplica para reeebolsos por gastos médicos ambulatorios.
No aplica para reembolsos por gastos de hospitalarios, catastróficos ni dentales.
El reemboslo web considera un tope de UF 7 por evento.