CHILENA CONSOLIDADA
Miembro del grupo Zurich Financial Services

Formulario para la Liquidación del Seguro

COMPLEMENTARIO DE SALUD

1.- DECLARACION MEDICA

ESTIMADO DOCTOR

PARA PERMITIR A VUESTRO PACIENTE HACER USO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGUROS DE SALUD, SOLICITAMOS NOS APORTE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD

NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESION	FECHA 1ª CONSULTA

DIAGNOSTICO ACTUAL	FECHA DE DIAGNOSTICO

BREVE ANAMNESIS: SE REQUIERE DETALLAR ELEMENTOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLINICA PARA ADECUADA EVALUACION:

USAR EN CASO DE EMBARAZO

N° DE SEMANAS	F.U.R.

CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO			
SI	☐	NO	☐

TRATAMIENTO Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS

FECHA DE ALTA	HOSPITAL Y/O CLINICA DONDE FUE ATENDIDO	N° HISTORIA Y/O FICHA CLINICA

NOMBRE DEL PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	RUT PROFESIONAL

FIRMA MEDICO	FONO CONSULTA	FECHA DE ATENCION

2.- DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO	RUT ASEGURADO

SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MEDICO	FECHA 1° SINTOMAS	SISTEMA DE SALUD

OBSERVACIONES DE LA COMPAÑÍA

1 POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS Y FACULTO IRREVOCABLEMENTE A CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS DE VIDA S.A., PARA QUE REQUIERA O SOLICITE TODA LA INFORMACIÓN SOBRE MIS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, COMO TAMBIÉN A LOS MÉDICOS Y/O INSTITUCIONES PARA QUE SUMINISTREN A LA COMPAÑÍA LA INFORMACIÓN COMPLETA O COPIAS DE SUS ARCHIVOS, A OBJETO DE ANALIZAR ESTA RECLAMACIÓN.

FIRMA TITULAR (1)

SOLICITUD DE REEMBOLSO

SR. ASEGURADO:

PARA UN CORRECTO INGRESO DE SU REEMBOLSO, SÍRVASE CONSIDERAR LO SIGUIENTE:

LOS BENEFICIOS QUE OTORGA EL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD SON COMPLEMENTARIOS A LOS OTORGADOS POR EL SISTEMA DE SALUD PREVISIONAL (FONASA O ISAPRE), POR LO TANTO EN CASO DE PRESTACIONES NO CUBIERTAS, DICHAS INSTITUCIONES DEBERÁN INDICAR LOS MOTIVOS POR LOS CUALES NO SE OTORGARON DICHOS BENEFICIOS.

AVERIGUE CON SU EMPLEADOR EL PLAZO QUE TIENE PARA LA PRESENTACIÓN DE SU REEMBOLSO.

LOS DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑAR AL "FORMULARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD" Y LOS CUALES TENDRÁ QUE ENVIAR A LA COMPAÑÍA CADA VEZ QUE EL ASEGURADO INCURRA EN GASTOS SON:

I) DOCUMENTOS QUE DEBE ENVIAR POR GASTOS AMBULATORIOS

- BONOS POR CONSULTAS, EXÁMENES, RADIOGRAFÍAS O PROCEDIMIENTOS, ÓPTICA, ETC,. ESTOS GASTOS MÉDICOS DEBERÁN ESTAR PREVIAMENTE REEMBOLSADO POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD (ISAPRE, FONASA, ETC). ASIMISMO ANTE EL EVENTO QUE UN GASTO NO TENGA REEMBOLSOS POR ESTA INSTITUCIÓN, DEBERÁ SOLICITAR A ESE ORGANISMO QUE LO INDIQUE EN CADA DOCUMENTO CON UN TIMBRE DE " NO REEMBOLSADO ". POSTERIORMENTE LA COMPAÑÍA PROCEDERÁ A BONIFICAR SOBRE LA BASE DEL 50% DE LOS GASTOS INCURRIDOS.
- **SI USA BONO:**
  DEBE ENVIAR EL ORIGINAL DE COPIA CLIENTE, TIMBRADO POR LA ISAPRE.
- **SI USA SISTEMA DE REEMBOLSO:**
  COMPROBANTE DEL REEMBOLSO EMITIDO POR LA INSTITUCIÓN DE SALUD, MÁS FOTOCOPIA DE BOLETA O FACTURA REEMBOLSADA.

II) DOCUMENTOS QUE DEBE ENVIAR EN GASTOS POR HOSPITALIZACIÓN

- **POR HONORARIOS MÉDICOS**
  EN CASO DE CANCELAR DIRECTAMENTE AL MÉDICO, DEBE ADJUNTAR UNA FOTOCOPIA DE LAS BOLETAS DE HONORARIOS Y EL FORMULARIO DE REEMBOLSO DE LA ISAPRE. SI CANCELA CON BONO, DEBE ENVIAR LA COPIA CLIENTE DE ÉSTE Y EL PROGRAMA MÉDICO.
- **POR GASTOS DE LA HOSPITALIZACIÓN**
  PRESENTE EL PROGRAMA MÉDICO CON SUS RESPECTIVOS BONOS, REEMBOLSOS Y LAS FACTURAS CANCELADAS DIRECTAMENTE A LA CLÍNICA POR LAS DIFERENCIAS NO CUBIERTAS POR SU INSTITUCIÓN DE SALUD. ADEMÁS, DEBE ENVIAR LA PRE–FACTURA CON EL DETALLE DE LOS GASTOS INCURRIDOS DURANTE LA HOSPITALIZACIÓN (HOJA COMPUTACIONAL ENTREGADA POR LA CLÍNICA QUE DETALLA CADA UNO DE LOS GASTOS) Y ORIGINALES DE LIQUIDACIÓN DE OTROS SEGUROS Y/O BIENESTAR CON LAS RESPECTIVAS FOTOCOPIAS DE LOS GASTOS CANCELADOS POR DICHAS INSTITUCIONES.

III) COMO PROCEDER CUANDO TIENE UNA RECETA PERMANENTE

- LA RECETA DEBE ESTIPULAR (DE PUÑO Y LETRA DEL MÉDICO) QUE EL MEDICAMENTO ES DE “USO PERMANENTE”.
- LOS REEMBOLSOS PARA FÁRMACOS DE USO PERMANENTE SE INGRESARÁN CON EL FORMULARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD COMPLETADO POR EL MÉDICO TRATANTE Y EL TITULAR, LA RECETA ORIGINAL, LA BOLETA Y TIMBRE ORIGINAL DE LA FARMACIA. LA RECETA ORIGINAL QUEDA EN PODER DE LA COMPAÑÍA.
- LAS COMPRAS POSTERIORES DEL MISMO MEDICAMENTO LAS PODRÁ REALIZAR CON UNA FOTOCOPIA DE LA RECETA ORIGINAL. EN ESTE CASO, PARA SOLICITAR EL REEMBOLSO BASTARÁ CON QUE NOS ENVÍE EL FORMULARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD COMPLETADO SÓLO POR EL ASEGURADO INDICANDO EL NÚMERO DE REEMBOLSO ANTERIOR EN EL RECUADRO “ CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO “ Y ADJUNTANDO A LA FOTOCOPIA DE LA RECETA, LA BOLETA ORIGINAL, AMBAS TIMBRADAS POR LA FARMACIA AL MOMENTO DE LA COMPRA.
- LA RECETA CON INDICACIÓN DE “USO PERMANENTE” TIENE UNA DURACIÓN DE 6 MESES DESDE LA FECHA DE SU EMISIÓN.

IV) COMO PROCEDER ANTE UNA ATENCIÓN DE URGENCIA

- ANTE UNA ATENCIÓN EN UN SERVICIO DE URGENCIA, EL ASEGURADO NO TIENE LA OBLIGACIÓN DE QUE EL MÉDICO COMPLETE EL “FORMULARIO PARA LA LIQUIDACIÓN DEL SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD" .
- DEBE PRESENTAR LOS GASTOS CON EL FORMULARIO DE REEMBOLSO COMPLETADO Y FIRMADO POR EL TITULAR DEL SEGURO, COLOCANDO EN “DIAGNÓSTICO” EL MOTIVO DE LA CONSULTA REFIRIENDO QUE FUE UNA ATENCIÓN DE URGENCIA.

  EN ESTOS CASOS, LA COMPAÑÍA VERIFICA LO ANTERIOR, MEDIANTE LOS DOCUMENTOS DE LA ISAPRE QUE DEBEN DECIR CLARAMENTE QUE LA ATENCIÓN FUE DE URGENCIA.
- SE LE DEBE INDICAR AL ASEGURADO, QUE ANTES DE REEMBOLSAR EN SU ISAPRE, FOTOCOPIE TODOS LOS ANTECEDENTES PARA ENVIARLOS AL SEGURO JUNTO AL REEMBOLSO DE LA ISAPRE.

DOCUMENTACION ADJUNTA

TIPO DE DOCUMENTO BONO; REEMBOLSO; BOLETA DE HONORARIOS; BOLETAS, FACTURA; PROGRAMA MÉDICO, ETC.	VALOR POR EL QUE SOLICITA REEMBOLSO (GASTO EFECTIVO DE ASEGURADO - COPAGO)
TOTAL DE GASTOS	**$**