Bci Vida

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:

Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta) _____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Fecha de Atención | | | | | | | | |

Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta | | | | | | | | |

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad | | | | | | | | |

Tratamiento e Indicaciones Médicas

Tratamiento Prolongado o a permanecia SI ☐ NO ☐ Periodo de tratamiento _____

Detallar tipo de tratamiento: _____

_____

En caso de accidente, indicar

Tipo de Accidente: LABORAL ☐ OTROS ☐ Fecha de Atención | | | | | | | | |

Breve descripción del accidente: _____

_____

En caso de Embarazo:

Fecha probable fecundación: | | | | | | | | |

Fecha Diagnóstico | | | | | | | | |

FFPP: | | | | | | | | |

Nombre del Médico: **RUT:** _____

Especialidad del Médico: **Fono:** **Firma:**

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: RUT:

Nombre del paciente o Beneficiario: Isapre:

Síntomas que originaron la visita al médico:

¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:

SI ☐ NO ☐ Nº de Liquidación _____ Diagnóstico Anterior _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS

Bonos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Programas	Otras	Total

Total Gastos Solicitados: _____
(Gastos efectivamente incurrido por el asegurado)

Fecha | | | | | | | | |

_____
Firma

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social Contratante: RUT:

Nombre del Funcionario: Fecha:

Certifico que el asegurado titular antes señalado es empleado de la empresa. Que su seguro estaba vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente, al igual que sus dependientes.

_____
Firma

INDICACIONES IMPORTANTES

1. LA "SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICO" debe ser completada por el asegurado, llenando el recuadro titulado "Declaración del Asegurado". El médico tratante, debe llenar el recuadro "Declaración del Médico"; y la persona autorizada por el empleador, debe completar el recuadro "Declaración del Contratante".
2. El asegurado debe presentar a la Compañía este formulario por cada solicitud de bonificación. Los gastos médicos, en particular los de farmacia (medicamentos ambulatorios) deben ser de carácter curativo y como consecuencia de una consulta médica.
3. El Asegurado debe adjuntar a la Solicitud: bonos de reembolso, bonificaciones y/o programas de la Isapre o FONASA, además de las recetas médicas y originales de las boletas de farmacia.
4. En el recuadro "Total de Gastos $", indicar el monto total de la(s) diferencia(s) no cubierta(s) por la Isapre o FONASA.
5. Gastos de Medicamentos
   - Las recetas de medicamentos deben señalar el nombre completo del paciente, escrito de puño y letra por el médico.
   - Las boletas de farmacia deben señalar el nombre y el precio de cada medicamento y adjuntar la receta médica correspondiente. Aquellas boletas que sólo indiquen el total de la compra, debe obtener de la farmacia el detalle del nombre y precio de los medicamentos, que podrá anotarse al reverso o en hoja aparte, debidamente timbrados por la farmacia.
   - Para gastos por medicamentos de uso permanente o prolongado, adjuntar el original de la receta junto a la primera solicitud y fotocopias de ella, en las solicitudes de reembolso posteriores. La receta original debe ser renovada cada seis meses.
   - Para los gastos por medicamentos de "uso controlado", adjuntar a la solicitud una fotocopia de la orden o receta médica debidamente timbrada por la farmacia.
6. Para gastos de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología y Radiología, presentar la orden médica de interconsulta, señalando el tipo de tratamiento y/o la cantidad de sesiones.
7. En el caso que la póliza de salud cubra gastos ópticos, presentar la orden médica (o fotocopia) para la compra de lentes, indicando separadamente, el valor de marcos y cristales.
8. Para hospitalizaciones, presentar programa timbrado por la Isapre o FONASA, junto a los bonos (en caso que corresponda) y comprobantes de gastos médicos (en caso de reembolso), etc.
9. Continuaciones de Tratamiento:
   - En caso de tratamientos prolongados o permanentes, o de controles por maternidad, este formulario será completado por el médico solamente la primera vez, haciendo constar el tipo y periodo aproximado de tratamiento.
   - Las solicitudes de reembolso para " Continuación de Tratamiento" sólo deben ser completadas por el Asegurado y por la persona autorizada por el contratante, indicando el diagnóstico y Nº de reclamo anterior.
10. En caso de accidente automovilístico, en primer lugar deberá utilizar las coberturas que otorgan otros seguros como el Seguro Obligatorio de Accidentes Personales; luego a la Institución Previsional de Salud (Isapre o FONASA) a la cual se encuentra afiliado. Si aún persiste diferencia enviar copias de gastos y liquidaciones efectuadas.
11. El asegurado debe presentar todos los antecedentes al encargado de la póliza en la empresa, quien los presentará a su vez, de manera conjunta a la Compañía.
12. Sólo se aceptarán "Solicitudes de Reembolso de Gastos Médicos" con una antigüedad máxima de 30 días, contados a partir de la fecha de la prestación.

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

Nº de Póliza: _____ **Nº Grupo:** _____ **Nº Asegurado:** _____

Nº de Carga: _____ **Nº Reclamo:** _____ **VºBº Liq.** _____

VºBº Médico: _____