

Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos



Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud complementario son adicionales a los entregados por el Sistema de Salud Previsional (FONASA) o por las Instituciones de Salud Previsional (ISAPRES), en consecuencia, en caso de prestaciones no cubiertas por los sistemas previsionales de salud antes descritos, deberán adjuntarse a este formulario los comprobantes de los gastos incurridos que no hayan sido bonificados o que no cuenten con cobertura, timbrados por la institución de salud correspondiente, indicando que dichos gastos efectivamente no han sido bonificados ni cubiertos por el sistema previsional de salud correspondiente.

IMPORTANTE: Para la validez de la solicitud del reembolso, se deberán acompañar a este formulario todos los antecedentes solicitados, en caso contrario la solicitud quedará sujeta a devolución automática.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (De puño y letra del Asegurado Titular)	
Nombre o Razón Social	N° de Póliza

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De puño y letra del Asegurado Titular)			
RUT	Nombre Completo	Edad	
E-Mail*:			
Datos Bancarios para reembolso de los gastos**	Banco	Tipo de Cuenta	N° Cuenta

* Todas las notificaciones o comunicaciones sean al asegurado o a los beneficiarios se afectarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario.

** Los pagos de reembolsos serán realizados a la cuenta bancaria informada en esta solicitud.

3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)			
Nombre del Paciente		RUT	
Relación o parentesco con Asegurado Titular	<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Conviviente Civil <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Sistema Previsional de Salud	<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> ISAPRE _____ <input type="checkbox"/> Sin Sistema Previsional de Salud		
Otros seguros o Beneficios de Salud			
¿Ha sido tratado anteriormente por este mismo diagnóstico o por un diagnóstico similar?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí _____		
Especialidad del médico			

MOTIVO DE LA SOLICITUD DE REEMBOLSO	
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Continuación de Tratamiento	
En caso de enfermedad o continuación de tratamiento indique:	
Diagnóstico:	Fecha de Diagnóstico:
En caso de embarazo, favor indique fecha de la última regla:	N° semanas de gestación o embarazo:
En caso de accidente indique: Lugar de ocurrencia	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Trayecto Casa/Trabajo <input type="checkbox"/> Vehículo particular <input type="checkbox"/> Locomoción Colectiva _____ <input type="checkbox"/> Otro: _____
Detalle brevemente cómo ocurrió el accidente, indicando además fecha, hora del suceso y lugar de la primera atención en urgencia:	

*En caso de accidente de tránsito deberá adjuntar SOAP, y en casos de accidentes laborales, de trayecto o enfermedades profesionales, deberán operar los seguros señalados en la ley N° 16.744.

Total de gastos	Total de monto bonificado	Monto reembolso solicitado	Fecha de la Solicitud	Firma del Asegurado Titular

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE	
Nombre del Paciente	Diagnóstico
Fecha de atención:	Fecha de los primeros síntomas: Fecha de diagnóstico:
¿Cuándo fue consultado por primera vez este diagnóstico?	¿Ha tratado anteriormente a este paciente? ¿Cuándo y por qué motivos?
Síntomas que originaron las visitas al médico	Diagnóstico
TRATAMIENTOS	

* Indicar que en caso que la el diagnostico corresponda a un embarazo, indique la fecha de la última menstruación y el número de semanas de gestación.
 * Para casos que obesidad, solicitar que indique peso y estatura del paciente.

5. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE		
RUT	NOMBRE COMPLETO	ESPECIALIDAD MÉDICA
I.C.M	Teléfono de consulta	Firma del médico