

## solicitud de reembolso de gastos médicos hospitalarios

N°

### declaración del asegurado

Rut asegurado titular		Nombre asegurado titular		
Nombre del paciente - asegurado - que efectúa el gasto		Isapre	Relación parentesco	Fecha nacimiento
Dirección de correo electrónico (Comercial o Particular): _____ @ _____				
Teléfonos: red fija: _____ Celular (opcional): _____				
Sintoma que originó la visita al médico	Fecha de los 1ros síntomas	Fecha efectiva del gasto	Continuación de tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	En caso de continuación de tratamiento dar alguna referencia del caso:
Para llenar en caso de accidente: Causa que origino el accidente (breve explicación)	fecha accidente	Lugar donde ocurrió el accidente		
Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Compañía de Seguros, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o el de alguno dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.				
N° Documentos	Monto del gasto a cobrar a la cía.	Fecha de Presentación del gasto a empresa	Firma del asegurado	

### declaración del médico tratante

Nombre del paciente		Edad	Fecha de consulta
Consulta es por embarazo: Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Consulta es por otra causa:	Diagnostico y Fecha	
Fecha Concepción _____	Fecha 1ros Síntomas _____		
Tratamiento indicado (breve detalle, medicamentos, tiempo)			
Rut prestador	Nombre profesional médico	Fecha tratante	Firma médico
Especialidad	N° registro	Teléfono	

### certificación empresa contratante

Nombre empresa	N° Póliza	Fecha despacho de esta solicitud a la Cía. de Seg.
Certificamos que el asegurado titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su seguro estaba vigente al momento en que incurrido en los gastos médicos y que sus dependientes se encuentran amparadas bajo el seguro indicado.		
		Firma o timbre empresa

### validación compañía de seguros

Evaluación médica	CIE	Fecha
-------------------	-----	-------

### instrucciones para el asegurado titular:

- 1.- Completar un formulario por cada asegurado "paciente" y por cada diagnóstico.
- 2.- No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Asegurado y la Declaración del Médico tratante"
- 3.- El plazo de presentación de sus gastos es de 30 días, a contar de la fecha de la presentación médica.
- 4.- Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias).
- 5.- Los gastos por medicamentos
  - Las recetas deben indicar el nombre completo del paciente, escrito por el médico tratante.
  - La receta debe ser timbrada por la farmacia donde compro el o los medicamentos.
  - En la boleta o comprobante de pago, se debe indicar el detalle de los medicamentos adquiridos y su costo unitario.
  - Las recetas a permanencia deben ser renovadas cada 6 meses y para solicitar el reembolso, se aceptará fotocopia con timbre original de farmacia.
  - Para los medicamentos de "uso controlado" debe adjuntarse fotocopia de receta o de orden médica con timbre original de la farmacia.
- 6.- Si su Isapre no cubre algún gasto amparado bajo el contrato de su Póliza de Seguros en "Security", debe indicarse los fundamentos por los cuales no se otorgaron dichos beneficios, además del timbre de su Isapre de "No Bonificable"

## solicitud de reembolso de gastos dentales

### declaración del asegurado

Rut asegurado titular		Nombre asegurado titular			
Nombre del paciente - asegurado - que efectúa el gasto		Isapre	Relación parentesco		Fecha nacimiento
Síntoma que originó la visita al dentista	Fecha de los 1ros síntomas	Fecha efectiva del gasto	Continuación de tratamiento Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>		En caso de continuación de tratamiento dar alguna referencia del caso
Para llenar en caso de accidente: Causa que originó el accidente (breve explicación)		Fecha accidente	Lugar donde ocurrió el accidente		
<p>Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Compañía de Seguros, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos (o dentistas), o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.</p>					
N° Documentos	Monto del gasto a cobrar a la Cía.	Fecha de Presentación del gasto a empresa	Firma del asegurado		

### declaración del odontólogo tratante

Nombre del paciente		Edad	Fecha de consulta o de inicio del tratamiento	
Rut Odontólogo	Nombre del Odontólogo		Registro	Teléfono

### instrucciones para odontólogo tratante

Con el objeto que su paciente obtenga los reembolsos que le corresponden en forma expedita, es de suma importancia que usted de puño y letra llene el formulario entregando la información solicitada de la siguiente forma:

- Describa el tipo de prestaciones, material y la cantidad.
- Identifique el número de las piezas dentarias tratadas.
- En tratamientos prolongados como Ortodoncia, Rehabilitación, Disfunción, indique los valores Clínicos unitarios Ej. valor de aparatos, valor de cada control, valor planos, provisorios Laboratorios etc.

Indique fecha de ejecución de las prestaciones Ej. Instalación, Primer Control, Cementación etc.

### detalle tratamiento efectuado

Pieza	Detalle de prestación	Fecha de atención Terminada	Valor unitario	Monto Honorario
Gastos de Laboratorio				
Fecha	Firma odontólogo			\$

### tratamientos prolongados completar por el odontólogo, según instrucciones

<b>ortodoncia</b>
tipo de aparatos _____ fecha de instalación _____ fecha primer control _____
duración total aprox. _____ valores clínicos: aparatos _____ controles mensuales _____
comentarios odontólogo _____
_____ firma _____

### certificación empresa contratante

Nombre empresa	N° Póliza	Fecha despacho de esta solicitud a la Cía. de Seg.
Certificamos que el asegurado titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su seguro estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos médicos y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el seguro indicado.		Firma o timbre empresa

### validación contraloría dental

Evaluación médica	fecha contraloría	monto
-------------------	-------------------	-------

### instrucciones para el asegurado titular:

- 1 Completar un formulario por cada asegurado "paciente" y por cada diagnóstico. (Puño y Letra del Asegurado).
- 2 No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Asegurado y la Declaración del Médico tratante".
- 3 El plazo de presentación de sus gastos es de 30 días, a contar de la fecha de la presentación médica.
- 4 Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias).
- 5 Los gastos reembolsables sólo serán aquellos correspondientes a tratamientos terminados.