

Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Beneficios Adicionales

I. DATOS DEL AFILIADO

Nombre Titular: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

RUT del Afiliado Titular: _____ Email: _____

Nombre del Paciente: _____ Ciudad de atención: _____

Si usted posee el Beneficio Adicional Urgencia Ambulatoria, completar las secciones II y III.

II. DECLARACIÓN DE ENFERMEDAD

Completar la siguiente sección sólo en caso de que el gasto haya sido producto de una enfermedad.

Diagnóstico: _____

III. DECLARACIÓN DE ACCIDENTE:

Completar la siguiente sección sólo en caso de que el gasto haya sido producto de un accidente.

Lugar de ocurrencia:

Casa Trabajo Vehículo Particular
 Trayecto / Casa / Trabajo Transporte Público Otro (especifique) _____

Fecha accidente: Hora: _____
DÍA MES AÑO

Relate las circunstancias en que ocurrió el accidente: _____

Firma Declaración de Accidente

Cantidad de documentos presentados: _____ Total gastos presentados: \$ _____

Si usted posee el Beneficio Adicional Catastrófico Libre Elección activo, completar la sección IV.

IV. DECLARACIÓN BENEFICIO ADICIONAL CATASTRÓFICO LIBRE ELECCIÓN

Diagnóstico BAC activado: _____ Folio BAC asociado: _____

V. DECLARACIÓN MÉDICA (esta sección debe ser completada por su médico tratante)

Estimado Profesional Médico, le agradecemos completar la siguiente información.

Nombre del paciente: _____ Fecha atención:
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE DÍA MES AÑO

Diagnóstico: _____ Fecha diagnóstico:
DÍA MES AÑO

Tratamiento indicado: _____

Nombre del profesional médico: _____
APELLIDO PATERNO APELLIDO MATERNO NOMBRE

Especialidad: _____ RUT: _____

Teléfono: _____ Email: _____

Firma Profesional

Cantidad de documentos presentados: _____ Total gastos presentados: \$ _____

Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Beneficios Adicionales

VI. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO

1.- Todos los gastos deben ser reembolsados primero por el Plan de Salud Complementario de la Isapre del cual Ud. es Titular y/o Beneficiario.

2.- Para poder realizar su solicitud de reembolso deberá presentar en la Isapre toda aquella documentación original, junto con los documentos contables que den cuenta del gasto de cargo del beneficiario, dentro de un plazo máximo de sesenta (60) días corridos contados desde la fecha de emisión de éstos últimos.

3.- En el caso de que su solicitud de reembolso sea del Beneficio Adicional Catastrófico Libre Elección y tenga un evento activado, deberá presentar adicionalmente los siguientes documentos:

- Detalle de la declaración médica, llenado de puño y letra por el profesional de la salud que lo atendió.
- Bonos, boletas, facturas programa médico (solicitud de tratamiento) con el detalle de las prestaciones otorgadas y/o comprobantes de reembolso en original (documentos contables).
- En el caso de haber reembolsado previamente en otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones de salud a los que pertenezca el Beneficiario, deberá presentar el original de la liquidación emitida, adjuntando copia de los documentos que fueron presentados para acreditar el pago o el reembolso de éste.
- Toda documentación original que sea requerida para evaluar la solicitud presentada.

4.- En caso de que su solicitud de reembolso sea para el Beneficio de Urgencia Ambulatoria, debe presentar los siguientes documentos:

- “Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Beneficios Adicionales”, con información del Beneficiario que se atendió en el servicio de urgencia.
- Bonos, boletas, facturas y/o comprobantes de reembolso en original (documentos contables) en el caso de haber reembolsado previamente en otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones de salud a los que pertenezca el Beneficiario, deberá presentar el original de la liquidación emitida, adjuntando copia de los documentos que fueron presentados para acreditar el pago o el reembolso de éste.
- Epicrisis o Certificado de atención de urgencia, emitido por el servicio de urgencia correspondiente, el que debe indicar el diagnóstico y tratamiento efectuado.
- Detalle de las prestaciones realizadas emitidas por el servicio de urgencia.
- Parte policial, alcoholemia y/o informe toxicológico, si correspondiese.

La Isapre tendrá un período máximo de respuesta de ocho (8) días hábiles por cada beneficio que se aplique, contados desde la fecha de recepción de la solicitud de reembolso, tiempo en el cual deberá haber respondido al afiliado con el informe de liquidación, carta de respuesta o solicitud de antecedentes necesarios para evaluar la procedencia del gasto presentado.

En caso que el afiliado titular tenga contratado el Beneficio Adicional Catastrófico Libre Elección, y éste se encuentre activo por el mismo diagnóstico, operará primero el Beneficio Adicional Urgencia Ambulatoria y posterior a ello, el Beneficio Adicional Catastrófico Libre Elección.

VII. AUTORIZACIONES Y DECLARACIONES

Por este medio certifico que las respuestas anteriores son verdaderas y autorizo a cualquier institución o persona que mantenga registros de salud míos, para que entregue toda aquella información solicitada por Colmena, a fin de proceder con el pago directo y/o reembolso de gastos médicos, según sea el caso. A su vez faculto a ésta última para que solicite o retire copias de tales antecedentes. De acuerdo a la Ley No 19.628, por este acto faculto expresamente a Colmena, para hacer uso de mis datos de carácter personal, así como también aquellos denominados como sensibles. Declaro haber sido informado que estos datos son para el uso exclusivo de la Compañía Aseguradora para todo lo que diga relación con los contratos que celebre con la Aseguradora, pudiendo estos datos ser comunicados a terceros, para estos mismos fines.

Firma Afiliado

Fecha:

DÍA	MES	AÑO