

**FORMULARIO DE REEMBOLSO Y/O DECLARACIÓN
DE ACCIDENTE PRODUCTOS ADICIONALES**

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

IV. DECLARACIÓN PRODUCTO 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:

DÍA	MES	AÑO

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

DÍA

MES

AÑO

Diagnóstico: _____ Fecha diagnóstico:

DÍA	MES	AÑO

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: \$ _____

VI. PROCEDIMIENTO PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO

1. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por el Plan de Salud 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 Producto 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 Producto Adicional de Urgencia Ambulatoria, debe presentar los siguientes documentos:
 - "Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Productos Adicionales", con información del Beneficiario que se atendió en el servicio de urgencia.

FORMULARIO DE REEMBOLSO Y/O DECLARACIÓN DE ACCIDENTE PRODUCTOS ADICIONALES

- 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.

5. En caso de que su solicitud de reembolso sea para el Producto Adicional Hospitalario Accidental, debe presentar los siguientes documentos:

- “Formulario de Reembolso y/o Declaración de Accidente Producto Adicionales”, con información del Beneficiario que se estuvo hospitalizado y la declaración de accidente, si correspondiese.
- Solicitud de Tratamiento.
- Epicrisis.
- Protocolo Operatorio, siempre y cuando se haya realizado una intervención quirúrgica.
- Informe Médico Tratante, si correspondiese.
- En caso que sea primera cobertura, deberá presentar los documentos contables originales (ej: boletas, bonos, reembolsos y/o facturas). Y en el caso que otras entidades aseguradoras, sistemas o instituciones, al cual pertenezca el Beneficiario, hayan otorgado cobertura, deberá presentar copia de los documentos contables presentados en la otra institución y el original de la liquidación del seguro previo que otorgó la cobertura.
- Detalle de las prestaciones emitidas (o cuenta Hospitalaria o Prefectura).
- Parte policial, alcoholemia o informe toxicológico, si correspondiese.

La Isapre tendrá un periodo máximo de respuesta de ocho (8) días hábiles por cada producto 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 Producto Adicional Catastrófico Libre Elección, y éste se encuentre activo por el mismo diagnóstico, operará primero el Producto Adicional Urgencia Ambulatoria u Hospitalario Accidental, según corresponda y posterior a ello, operará el Producto 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 mismo fines.

Firma Afiliado

Fecha:
DÍA MES AÑO