

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

Los beneficios otorgados por el Seguro de Salud son complementarios 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 antes descritos, deberá incluir el comprobante del gasto con el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

IMPORTANTE: El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática.

1. DATOS DEL CONTRATANTE (De puño y letra del asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre o Razón Social	Nº de Póliza
E-Mail*:		

2. DATOS DEL ASEGURADO TITULAR (De puño y letra del asegurado Titular)

R.U.T.	Nombre Completo	Edad
E-Mail*:		

*Todas las notificaciones o comunicaciones, sean al asegurado o a los beneficiarios, se efectuarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario. En caso de oposición u otra circunstancia, las notificaciones se efectuarán mediante el envío de carta certificada al domicilio informado.

3. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO QUE INCURRE EN EL GASTO (PACIENTE)

Nombre del Paciente	Relación o parentesco con Asegurado Titular (si es otro especifique)
	<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo (a) <input type="checkbox"/> Otro:
Sistema Previsional	Otros seguros o Beneficios de Salud
<input type="checkbox"/> FONASA <input type="checkbox"/> Sin previsión <input type="checkbox"/> Isapre ¿Cuál?	
¿Ha sido derivado o tratado por este mismo diagnóstico por otro médico?	Nombre del médico:
Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Especialidad del médico:	

CAUSA DEL 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 indique: FUR:		Nº 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 de urgencia:			

Confirmando la exactitud de mis declaraciones y faculto a la Compañía de Seguros a requerir o solicitar información de todos mis antecedentes médicos o los de mis asegurados dependientes, como también autorizo a los facultativos o instituciones a entregar a la misma todos los antecedentes a objeto de analizar esta solicitud de reembolso conforme a lo dispuesto en el Art. 127 del Código Sanitario, modificado por la ley 19.628.

Total de gastos	Total de monto bonificado	Monto reclamado	Fecha de la declaración	Firma del Asegurado Titular

4. DECLARACIÓN DEL MÉDICO TRATANTE (estimado Doctor, le agradecemos completar la siguiente declaración)

Nombre del Paciente	Diagnóstico (en caso de embarazo indicar FUR y Nº de semanas de gestación)	
Fecha de atención:	Fecha de los primeros síntomas:	Fecha de diagnóstico:
¿Cuándo fue consultado por primera vez sobre este diagnóstico?	¿Ha tratado anteriormente al paciente? ¿Cuándo y por qué?	
Síntomas que originaron las visitas al médico		
TRATAMIENTOS		
Medicamentos	Exámenes	Otros: Especifique

Aquellos siniestros pagados o rechazados no constituyen precedente para futuros siniestros, por lo que cada siniestro será evaluado en forma independiente.

5. DATOS DEL MÉDICO TRATANTE

R.U.T.	Nombre	Especialidad
I.C.M.	Teléfono de consulta	Fecha de la declaración
		Firma del médico

Entiendo y concuerdo que para el proceso de evaluación de coberturas, es indispensable para la Compañía contar con los documentos y antecedentes aquí solicitados. Para ello, será necesario autorizar notarialmente a MetLife Chile Seguros de Vida S.A., mediante poder adjunto en Anexo, para requerir en mi nombre y representación dichos antecedentes, o en su defecto, remitirlos personalmente a la Compañía para su evaluación. La liquidación del siniestro se mantendrá en suspenso a la espera de los antecedentes.



Sr. Asegurado (a):

Para una correcta presentación de su solicitud de reembolso, le agradecemos considerar las siguientes indicaciones:

1. Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa, Bienestar u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
2. Las prestaciones no cubiertas por la institución de salud deben ser presentadas con el timbre de esa institución, indicando el motivo por el cual no es reembolsable o si está fuera del plan de salud.
3. Deberá adjuntar todos los documentos originales y comprobante de los gastos en conjunto con esta solicitud debidamente completada.
4. Para solicitar reembolso de medicamentos:
 - a) Adjuntar receta original junto a la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos.
 - b) Para recetas a permanencia por tratamiento prolongado, adjuntar en primer lugar la receta original y en las siguientes solicitudes remitir fotocopia de ésta junto a la boleta de la farmacia y detalle de los medicamentos.
 - c) Renovar la receta a permanencia de acuerdo a las condiciones particulares de cada póliza.
5. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa, con originales de bonos si corresponde y otros comprobantes de gastos, tales como: Fotocopias de pre-facturas, detalles de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. Ud. Puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia e indicando además el diagnóstico inicial.
7. Si su plan incluye óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o seguro.
8. Para gastos de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología envíe la orden médica para interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y número de sesiones.
9. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados en la póliza no serán reembolsados por la Compañía Aseguradora.
10. En caso de accidente automovilístico o accidente laboral, se debe proceder según legislación vigente.
11. Se entiende como dirección del asegurado la misma del contratante de la póliza.
12. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la emisión de los documentos que dan cuenta del gasto médico y la fecha de presentación del gasto a la Compañía Aseguradora no podrá ser superior a lo señalado en las condiciones particulares de la póliza.

6. Para uso exclusivo de la Compañía

Observaciones Departamento Médico		
Fecha de la Evaluación	Nombre Liquidador Responsable	Firma Médico
Observaciones Departamento de Beneficios		
Fecha de la Evaluación	Nombre Responsable	Firma Responsable

ANEXO:

Con esta fecha, por medio de este acto, y según lo dispuesto en la ley N° 20.584, autorizo a MetLife Chile Seguros de Vida S.A. para requerir ante el prestador de salud que corresponda, toda la información que sea pertinente para el proceso evaluación de coberturas, tales como la ficha clínica, copia de la misma o parte de ella, estudios y demás documentos donde se registren procedimientos y tratamiento, así como las boletas, facturas u otros documentos donde se acrediten los gastos incurridos.