

## Solicitud de reembolso de gastos médicos

**Importante:** El formulario debe venir con todos los antecedentes solicitados, en caso contrario quedará sujeto a devolución automática. (\*) Antes de completar esta solicitud de reembolso, lea atentamente las indicaciones señaladas al reverso.

Nombre o razón social del contratante \_\_\_\_\_ N° póliza \_\_\_\_\_ Fecha presentación \_\_\_\_\_

### 1 Datos asegurados titular y paciente

Nombre asegurado titular \_\_\_\_\_ RUT asegurado titular \_\_\_\_\_

Nombre paciente \_\_\_\_\_ RUT paciente \_\_\_\_\_ Parentesco \_\_\_\_\_

Sistema previsional de salud  Isapre  Fonasa Especifique \_\_\_\_\_  
 Sin previsión  Otro Especifique \_\_\_\_\_

Banco \_\_\_\_\_ N° cuenta \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

### 2 Causa reembolso (indique solo el motivo de esta consulta)

Enfermedad Indique diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha diagnóstico \_\_\_\_\_

Embarazo FUR \_\_\_\_\_ N° semanas gestación \_\_\_\_\_

Accidente (Detalle: fecha, lugar (casa, trabajo, otro) y descripción del mismo) \_\_\_\_\_

Continuación tratamiento  Si  No Solicitud anterior \_\_\_\_\_

### 3 Cantidad documentos adjuntados

Bonos	Reembolsos	Boleta farmacia	Recetas	Otros	Total dctos.	Gasto total reclamado (\$)

Declaro que la información detallada es verdadera, y conforme a lo señalado en la Ley 19.628 y 20.584, autorizo a la Compañía para solicitar toda la información que requiera sobre mis antecedentes médicos o el de alguno de los beneficiarios, y autorizo a los médicos o instituciones que me han atendido para que remitan la información o copia de los archivos clínicos con la finalidad de evaluar o analizar la procedencia de mi gasto médico.

\_\_\_\_\_  
Firma asegurado titular

### 4 Declaración médico tratante

Nombre paciente \_\_\_\_\_ Edad \_\_\_\_\_

Diagnóstico (usar letra imprenta clara) \_\_\_\_\_

Fecha diagnóstico \_\_\_\_\_ Fecha tratamiento \_\_\_\_\_ Tratamiento indicado \_\_\_\_\_

En caso de embarazo indique: FUR \_\_\_\_\_ N° semanas gestación \_\_\_\_\_

¿Ha consultado anteriormente con usted o con otro médico por esta causa? Si es así, detalle: \_\_\_\_\_

Nombre y especialidad médico tratante \_\_\_\_\_ RUT \_\_\_\_\_

Fecha atención \_\_\_\_\_ Teléfono consulta \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma y timbre del médico

## Instrucciones de llenado del formulario

Estimado Asegurado

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

1. Debe completar siempre este formulario ('Datos del asegurado titular y paciente'), sin embargo, el médico tratante lo debe completar íntegramente sólo al iniciar el tratamiento ('Declaración médico tratante'), o si existiera alguna variación en el diagnóstico u otra observación importante.
2. 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.
3. 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 de la cobertura del plan de salud.
4. Deberá adjuntar todos los documentos originales para los gastos, en conjunto con esta solicitud debidamente completada. Recuerde que sólo la documentación original tendrá validez para su liquidación. Las fotocopias no constituyen respaldo contable, por lo mismo no deben adjuntarse fotocopias a la solicitud, ya que con ellas no se hará reembolso alguno.
5. La cobertura para medicamentos se refiere a aquellos correspondientes a la medicina tradicional que tengan un efecto curativo. No se consideran como tales las vitaminas, vacunas, medicina natural, homeopatía y otros de efecto preventivo o de efecto protector tales como bloqueadores solares, humectantes para la piel, etc.
6. Para solicitar reembolso de medicamentos:
  - a) Enviar receta original junto a la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos.
  - b) Para recetas de uso permanente o por tratamiento prolongado, enviar junto con la primera solicitud la receta original y en las próximas solicitudes, enviar fotocopias de ésta junto a la boleta de la farmacia y detalle de los medicamentos.
  - c) Renovar la receta de uso permanente cada 6 meses. Para recetas retenidas en la farmacia, enviar fotocopia de ésta timbrada por el establecimiento, señalando que el original queda en su poder por disposición de la autoridad.
7. Para reembolso de hospitalizaciones, debe presentar el programa médico timbrado por la Isapre o Fonasa.
8. Usted puede enviar una continuación de tratamiento sólo si ha notificado previamente dicha dolencia y deberá indicar el diagnóstico inicial.
9. Si su plan incluye óptica, envíe la orden médica junto al comprobante original de la Isapre, Fonasa o seguro.
10. Para gastos de psicología, kinesiterapia, fonoaudiología, envíe la orden médica para interconsultas, señalando el tipo de tratamiento y/o número de sesiones.
11. Los gastos presentados fuera de los plazos estipulados de la póliza, no serán reembolsados por la compañía aseguradora.
12. En caso de accidente automovilístico o accidente laboral, se debe proceder según legislación vigente.
13. Para efectos de liquidación, el plazo máximo entre la fecha de la prestación y la fecha de presentación a la compañía aseguradora no podrá ser superior a lo señalado en las Condiciones Particulares de la póliza.
14. Todos los antecedentes que dan origen a esta solicitud de reembolso, tales como diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamiento, etcétera, serán de conocimiento de las diferentes personas que participan en el proceso que de ésta emanen, producto de los procesos de evaluación y liquidación. Si requiere que esta información sea tratada de forma confidencial, le solicitamos hacernos saber esta resolución por escrito, para lo cual remita sus documentos en un sobre cerrado a nombre del Departamento de Beneficios rotulado CONFIDENCIAL.

Estas observaciones se realizan para entender mejor la forma en que opera el seguro. No obstante, es importante que conozca las Condiciones Generales y Particulares que rigen la póliza.

Al presentar esta solicitud usted libera a Help Seguros de Vida S.A. de toda responsabilidad producto del manejo de la misma.