VIDACÁMARA
SOMOS CChC

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS DE SALUD

Complementario de Salud ☐ Prestaciones Médicas de Alto Costo ☐

I. DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre Empresa Contratante: _____ R.U.T.: _____

Nombre del Asegurado Titular: _____ R.U.T.: _____

E-mail: _____

Nombre del Paciente o Beneficiario: _____

Isapre ☐ Nombre Isapre _____ Fonasa ☐ Otros _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

¿Es continuación de tratamiento? SÍ ☐ NO ☐

En caso afirmativo, indicar: N° Liquidación: _____ Diagnóstico Anterior: _____

EN CASO DE ACCIDENTE INDICAR:

Tipo de Accidente Laboral ☐ Otros ☐ Fecha de Atención ☐☐☐

Breve Descripción del Accidente _____

En caso de embarazo, indicar: (sólo para Seguro Complementario de Salud)

F.U.R ☐☐☐ Fecha Diagnóstico ☐☐☐ Fecha Probable Parto ☐☐☐

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los Médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.
Declaro estar al tanto de que los antecedentes que originan esta solicitud tales como diagnósticos, medicamentos prescritos, tratamientos, procedimientos, exámenes, etc., podrán ser de conocimiento de los funcionarios y personas que participan en el procedimiento de liquidación del siniestro, tanto en el traslado y manejo de la documentación pertinente, como en su evaluación, análisis y liquidación, por lo cual libero a Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A. de toda responsabilidad derivada del manejo de ésta.

DETALLE DE DOCUMENTOS:

Cantidad de Documentos _____

Monto Total Reclamado $ _____

Fecha Presentación ☐☐☐ (DD / MM / AAAA)

_____
Firma Asegurado

II. DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso Exclusivo)

Agradeceremos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de Salud.

Nombre Completo del Paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (letra imprenta):

Fecha de Atención ☐☐☐ (DD / MM / AAAA)

Fecha inicio de síntomas que originaron la consulta ☐☐☐ (DD / MM / AAAA)

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad ☐☐☐ (DD / MM / AAAA)

Diagnóstico:

TRATAMIENTO E INDICACIONES MÉDICAS:

Período Tratamiento

Tratamiento prolongado o a permanencia SÍ ☐ NO ☐

Detallar tipo de tratamiento: _____

Datos del Médico

Nombre: _____ R.U.T.: _____

Institución: _____ Especialidad del Médico: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Firma Médico: _____ RCM: _____

III. INDICACIONES IMPORTANTES

1. La "Solicitud de Reembolso Gastos de Salud" debe ser completada por el Asegurado, llenando el recuadro titulado "Declaración del Asegurado". El médico debe llenar el recuadro "Declaración del Médico".
2. El Asegurado debe presentar a la Compañía este formulario por cada solicitud de reembolso que presente.
3. En el recuadro "Monto Total Reclamado", indicar el monto total de las diferencias no cubiertas por el Sistema Previsional de Salud (gastos efectivamente incurridos).
4. Reembolso Gasto Ambulatorio: el Asegurado debe adjuntar a esta solicitud los documentos que se detallan de acuerdo a la cobertura de la póliza contratada.
   - Bonos o Reembolsos, copia Afiliado.
   - Órdenes médicas de interconsultas para prestaciones de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología, Psicopedagogía, etc., siempre que la póliza considera la cobertura. Deberá señalar el tipo de tratamiento y cantidad de sesiones.
   - En el caso de adquisición de lentes, será necesario la receta médica con la prescripción correspondiente y la boleta de compra o bono o reembolso del Sistema Previsional de Salud.
   - En el caso de adquisición de audífonos, será necesario la receta médica con la prescripción correspondiente y la boleta de compra o bono o reembolso del sistema previsional de salud.
   - En el caso de gastos de maternidad, adjuntar la ecografía obstétrica de confirmación del embarazo.
5. Reembolso Gastos Hospitalarios: el Asegurado debe adjuntar a esta solicitud los documentos que se detallan de acuerdo a la cobertura de la póliza contratada.
   - Programa médico.
   - Bonos o reembolsos originales, copia Afiliado.
   - Boleta o factura por diferencia.
   - Prefactura (detalle cuenta Clínica).
   - Epicrisis con diagnóstico.
   - Protocolo operatorio y copia de resultado de exámenes, si corresponde.
6. Gastos de Medicamentos: el Asegurado debe adjuntar a esta solicitud los documentos que se detallan de acuerdo a la cobertura de la póliza contratada.
   - Recetas de medicamentos deben señalar el nombre completo del paciente, fecha de emisión, identificación completa del profesional y posología; además deben ser firmadas de puño y letra por el Médico.
   - Las boletas de farmacias deben registrar el nombre y precio de cada medicamento. Aquellas boleta que sólo indiquen el total de la compra deben tener el detalle de los medicamentos junto a su respectivo valor, debidamente timbrado por la farmacia.
   - Para gastos por medicamentos con receta permanente o prolongada, adjuntar el original de la receta junto a la primera solicitud y fotocopia de ella en la solicitud de reembolsos posteriores. La receta original debe ser renovada cada seis (6) meses.
   - Para gastos por medicamentos de uso controlado, adjuntar a la solicitud una fotocopia de la receta médica debidamente timbrada por la farmacia.
7. Continuaciones de Tratamiento:
   - En caso de tratamientos prolongados o permanentes, o de controles por maternidad, este formulario será completado por el Médico solamente la primera vez haciendo constar el tipo y período aproximado de tratamiento.
   - Las solicitudes de reembolsos para "Continuación de Tratamiento" podrán ser completadas sólo por el Asegurado, indicando el diagnóstico y N° de Liquidación anterior.
8. En caso de accidente automovilístico, en primer lugar deberá utilizar las coberturas del SOAP, Isapre o Fonasa a la cual se encuentre afiliado. Si aún persiste diferencia enviar copia de gastos y liquidaciones efectuadas.

La liquidación del siniestro será practicada en forma directa por Compañía de Seguros de Vida Cámara S.A., pudiendo el Asegurado o Beneficiario oponerse dentro del plazo de cinco (5) días para lo cual deberá solicitar por escrito a la Compañía la designación de un liquidador oficial de siniestros acompañando copia de esta solicitud.

USO EXCLUSIVO DE LA COMPAÑÍA

N° de Póliza _____ N° de Grupo _____

VºBº Liquidador _____ VºBº Contraloría _____