MetLife

75166596

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre Empresa Contratante o Razón Social:	Nº Póliza:
Nombre Asegurado Titular:	Rut Asegurado Titular:
Nombre Paciente:	Mail:
Relación con Asegurado Titular: ☐ El mismo ☐ Cónyuge ☐ Hijo ☐ Otro (especifíque) _____	Sistema Previsional: ☐ Fonasa ☐ Isapre ☐ Otro (especifíque) _____
Motivo Reembolso: ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐ Accidente ☐ Continuación Tratamiento	

Enfermedad o continuación tratamiento indicar diagnóstico:

ACCIDENTE

Lugar de Ocurrencia:

☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Vehículo Particular ☐ Otro (especifíque) _____

☐ Trayecto/Casa/Trabajo ☐ Transporte Público

Fecha y hora de accidente:_____ Lugar primera atención de urgencia: _____

Descripción de cómo ocurrió el accidente: _____

Total Gastos Presentados	Cantidad de Documentos Anexos	Fecha de Solicitud	Firma Asegurado Titular

DECLARACION MÉDICO TRATANTE

Nombre Paciente:	Fecha Atención (dd/mm/aaaa):	Fecha Diagnóstico (dd/mm/aaaa):
Diagnóstico (si es embarazo indicar FUR y semanas de gestación):	Tratamiento: Medicamentos/Exámenes/Otros especifique:	
Rut Profesional:	Nombre Profesional:	
Especialidad: / ICM:	Firma y Timbre Profesional:	

Por este medio certifico que las declaraciones son verídicas y faculto a la compañía de seguros a solicitar a mi médico tratante y establecimientos médicos, mis antecedentes médicos o los de mis asegurados dependientes y autorizo a los facultativos e instituciones a entregar a la Compañía todos los antecedentes conforme a lo dispuesto la Ley Nº 19,628 con el objeto de hacer efectiva la cobertura asociada al seguro.

a) Los beneficios otorgados por el seguro de salud son complementarios a los entregados por el sistema de salud previsional del asegurado. En consecuencia, de las prestaciones no cubiertas por el sistema de salud previsional, deberá incluir en el comprobante de gasto, el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

b) Todas las comunicaciones sean al asegurado o a los beneficiarios, se efectuarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario.

c) A usted le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador independiente, en reemplazo de la liquidación de la compañía de seguros. En tal caso deberá informar su decisión por escrito, dentro del plazo de 5 días contados desde la fecha de la presente denuncia.

C1020317

MetLife

75166596

INSTRUCCIONES PARA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

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. **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. **Documentos a adjuntar a la Solicitud deben ser originales.**
4. **Reembolso de medicamentos:**
   a. Adjuntar receta original junto a la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos.
   b. Recetas a permanencia por tratamientos prolongados: adjuntar en primer lugar la receta original y en las siguientes solicitudes remitir fotocopia de esta junto a boleta de farmacia y detalle de los medicamentos.
   c. Renovar la receta a permanencia de acuerdo a las condiciones particulares de cada póliza.
   d. Recetas retenidas en la farmacia: adjuntar fotocopia de esta timbrada por la farmacia, señalando que el original queda en su poder por disposición del Instituto de Salud Pública.
5. **Reembolso de Hospitalizaciones:**
   Presentar 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, detalle de medicamentos, días de hospitalización, fotocopias de boletas de honorarios médicos (en caso de reembolso), etc.
6. **Reembolso de Continuación de Tratamiento:** sólo si ha notificado previamente dicha dolencia e indicando además el diagnóstico inicial.
7. **Reembolso de Óptica:** envíe orden médica junto al comprobante original de Isapre, Fonasa o seguro.
8. **Sicología, Kinesiología, Fonoaudiología:** envíe la orden médica para interconsultas, señalando tipo de tratamiento y número de sesiones.

C1020317

USO EXCLUSIVO COMPAÑÍA

Observaciones Departamento Médico:		
Fecha (dd/mm/aaaa):	Nombre Liquidador:	Firma Médico:
Observaciones Departamento Beneficios:		
Fecha (dd/mm/aaaa):	Nombre Liquidador:	Firma Médico: