Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada
rut. 77.431.040-1

N°

uso exclusivo de la administradora
fecha: / /

Solicitud de Reembolso Gastos Médicos

antecedentes del beneficiario

rut beneficiario titular	apellido paterno	apellido materno	nombres

teléfono fijo	celular	correo electrónico (titular)

nombre del paciente que efectúa el gasto	parentesco	fecha nacimiento (dd / mm / aaaa) / /

isapre	síntoma que originó la visita al médico	fecha primeros síntomas

continuación del tratamiento SI* ☐ NO ☐	en caso de continuación de tratamiento, dar una referencia del caso

en caso de accidente: indique la causa	fecha del accidente (dd / mm / aaaa) / /	lugar del accidente

gasto: fecha del gasto (dd / mm / aaaa) / /	fecha presentación del gasto a la Admra. / /	N° de documentos	monto del gasto a cobrar

declaración del beneficiario

Declaro que la información detallada es verdadera y faculto a la Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, para solicitar toda la información que necesite sobre mis antecedentes médicos (o de alguno de mis dependientes, si es el caso) y autorizo a los médicos, o instituciones que me han atendido, para que suministren la información necesaria o copia de los archivos clínicos, con la finalidad que se pueda evaluar o analizar la procedencia de mis gastos médicos.

Firma Beneficiario

declaración del médico tratante

nombre del paciente	fecha de consulta o inicio tratamiento (dd / mm / aaaa) / /	firma y timbre médico tratante

rut prestador (médico)	nombre médico profesional	especialidad	registro	teléfono

causa consulta: embarazo SI ☐ NO ☐ fecha concepción / /	otra causa (indicar) fecha primeros síntomas / /	diagnóstico

tratamiento indicado (breve detalle, medicamentos tiempo)

certificación empresa contratante

razón social empresa	N° contrato	fecha envío	firma empresa

Certificamos que el Beneficiario titular señalado, es empleado activo de nuestra empresa, que su plan de beneficios estaba vigente al momento en que incurrió en los gastos y que sus dependientes se encuentran amparados bajo el contrato indicado.

COMPROBANTE DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS

N°

Señor(a) Beneficiario Titular: este Recibo es para su información del número de Solicitud de Reembolso. Complételo, córtelo y guárdelo.

nombre beneficiario titular	rut	fecha

Yo, como Beneficiario Titular, recibo conforme comprobante de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos que declaro conocer y aceptar en todas sus partes.

N°

Instrucciones para el Beneficiario titular

1. Completar un formulario por cada beneficiario paciente y por cada diagnóstico (Puño y Letra del Beneficiario).
2. No olvidar completar todos los campos de la "Declaración de Beneficiario y la Declaración de Médico Tratante".
3. El plazo de presentación de sus gastos es de 60 días, a contar de la fecha de la presentación médica, en caso de hospitalización, 60 días a contar de la fecha que la Isapre efectúa la liquidación.
4. Los documentos a presentar deben ser solamente los "originales o copias originales" (no se aceptan fotocopias).
5. Los gastos por medicamentos.

a) Las recetas deben indicar el nombre completo del paciente, escrito por el médico tratante.
b) La receta debe ser timbrada por la farmacia donde compró el o los medicamentos.
c) En la boleta o comprobante de pago, se debe indicar el detalle de los medicamentos adquiridos y su costo unitario.
d) Las recetas a permanencia deben ser renovadas cada 6 meses y para solicitar el reembolso, se aceptará fotocopia con timbre original de farmacia.
e) Para los medicamentos de "uso controlado" debe adjuntarse fotocopia de receta o de orden médica con timbre original de la farmacia.

6. Si su Isapre no cubre algún gasto amparado bajo el beneficio otorgado por Administradora de Servicios y Beneficios Security Limitada, debe indicarse los fundamentos por los cuales no se otorgaron dichos beneficios, además del timbre de su Isapre de "No Bonificable".