

## PARA REALIZAR SUS REEMBOLSOS SIN PROBLEMAS RECUERDE SIEMPRE:



1

Al atenderse siempre lleve el **Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos** y solicite al médico que complete la sección "Declaración Médica".



2

**Presentar los gastos en la institución de salud previsional** correspondiente, previo al envío de los documentos a nuestra compañía de seguros para su reembolso.



3

**Enviar a BICEVIDA** los documentos originales requeridos, en un plazo no mayor a los **60 días corridos**:

**Para gastos hospitalarios:** Desde la fecha de emisión de la factura y boletas de honorarios médicos de cobro.

**Para gastos médicos ambulatorios:** Desde la fecha de atención.

**Para gastos de farmacia:** Desde la fecha de compra de los medicamentos.



4

El plazo para liquidación de gastos en BICEVIDA es de 5 días hábiles, **desde el ingreso de los documentos a nuestras compañía. (\*)**

### NOTA:

(\*) Se realiza el pago en la cuenta de depósito informada por el cliente o se gira el cheque correspondiente para el pago, 48 horas después de emitida la liquidación de reembolso de gastos.



## A ¿CÓMO SE REEMBOLSAN CONSULTAS, EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y HOSPITALIZACIONES?



DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EN CASO DE:



### CONSULTAS MÉDICAS (\*)

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Llenado completamente.
- Bonos o comprobantes de reembolsos originales entregado por su institución previsional de salud.



### EXÁMENES, ATENCIONES AMBULATORIAS Y OTROS REEMBOLSOS (\*\*)

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Llenado completamente.
- Ordenes de atención.
- Bonos o comprobantes de reembolsos entregado por su institución previsional de salud.
- El tratamiento debe ser derivado por el médico especialista tratante.



### GASTOS HOSPITALARIOS

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Llenado completamente.
- Programas médicos.
- Detalle de prestación.
- Prefactura (hoja computacional entregada por la clínica u hospital).
- Boletas o facturas por diferencias no cubiertas por la institución previsional de salud.

#### NOTA:

(\*) Si la atención es continuación de tratamiento, indicar en el Formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos el diagnóstico y que la prestación corresponde a "continuidad de tratamiento"

(\*\*) Otros reembolsos se refiere a tratamientos kinésicos, fonoaudiólogo, ultrasonido, ultratermia o psicológicos.



## PARA REALIZAR SUS REEMBOLSOS SIN PROBLEMAS RECUERDE SIEMPRE:



Al atenderse siempre lleve el **Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos** y solicite al médico que complete la sección "Declaración Médica".



**Presentar los gastos en la institución de salud previsional** correspondiente, previo al envío de los documentos a nuestra compañía de seguros para su reembolso.



**Enviar a BICEVIDA** los documentos originales requeridos, en un plazo no mayor a los **60 días corridos**:

**Para gastos hospitalarios:** Desde la fecha de emisión de la factura y boletas de honorarios médicos de cobro.

**Para gastos médicos ambulatorios:** Desde la fecha de atención.

**Para gastos de farmacia:** Desde la fecha de compra de los medicamentos.



El plazo para liquidación de gastos en BICEVIDA es de 5 días hábiles, **desde el ingreso de los documentos a nuestras compañía. (\*)**

### NOTA:

(\*) Se realiza el pago en la cuenta de depósito informada por el cliente o se gira el cheque correspondiente para el pago, 48 horas después de emitida la liquidación de reembolso de gastos.



## B ¿CÓMO SE REEMBOLSAN GASTOS DE FARMACIA Y LENTES ÓPTICOS?



### DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LA COMPAÑÍA DE SEGUROS EN CASO DE:



#### REEMBOLSO MEDICAMENTOS

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Llenado completamente.
- Receta de medicamentos originales.
- Boleta de la farmacia(\*)



#### REEMBOLSO MEDICAMENTOS A PERMANENCIA

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Llenado completamente.
- Receta de medicamentos originales (\*\*).
- Boleta de la farmacia(\*)
- Para cobros posteriores: Adjuntar fotocopia de la receta timbrada por la farmacia y la boleta.

**La receta debe ser renovada cada 6 meses por su médico tratante.**



#### REEMBOLSO MEDICAMENTOS CON RECETA RETENIDA

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos Llenado completamente.
- Fotocopia de la receta original timbrada por la farmacia **“RECETA RETENIDA”**.
- Boleta de la farmacia con timbre de la farmacia (\*\*)

#### IMPORTANTE

(\*) Cuando en la boleta **NO** se detalle lo comprado ni su valor, debe solicitar a la farmacia el desglose con valores individuales por producto y timbre del local.

(\*\*) Usted debe fotocopiar la receta original y guardar una copia para adjuntarla en futuras solicitudes de reembolso del medicamento.



#### REEMBOLSO LENTES ÓPTICOS

Adjuntar los siguientes documentos:

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Llenado completamente.
- Receta oftalmológica.
- Valor detallado de costo de marcos y cristales por separado.
- Reembolso institución previsional más fotocopia de boleta de óptica.
- Boleta de la óptica en caso de no ser reembolsada por la institución previsional timbrada “No reembolsado”.



Es bueno  
**saberlo** | Instructivo de  
uso fácil de su  
Seguro Colectivo



**Seguro Colectivo  
Dental**



## PARA REALIZAR SUS REEMBOLSOS SIN PROBLEMAS RECUERDE SIEMPRE:

1



Al atenderse recuerde siempre llevar el **Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Dentales** y solicitar al dentista que complete la sección "PARTE III DEBE SER COMPLETADO POR EL ODONTÓLOGO".

2



**Presentar los gastos en la institución previsional de salud** correspondiente, previo al envío de los documentos a nuestra compañía de seguros para su reembolso, siempre que su Isapre otorgue cobertura por gastos dentales.

3



días corridos

**Enviar a BICEVIDA** los documentos requeridos, en un plazo no mayor a **60 días corridos**, a partir de la fecha de emisión de los documentos de cobro que acreditan los gastos dentales incurridos por usted (boletas de honorarios, bonos de Isapre u otros).

4



El plazo para liquidación de gastos en BICEVIDA es de 5 días hábiles, **desde el ingreso de los documentos a nuestra compañía. (\*)**

### NOTA:

(\*) Para las liquidaciones cuyo pago del reembolso realizado por la Compañía, sea a través de depósito en cuenta bancaria, el pago se hará efectivo y estará disponible en su cuenta bancaria, después de las 48 hrs. hábiles siguientes a la fecha de pago indicada en la liquidación.



## ¿CÓMO SE REEMBOLSAN GASTOS DENTALES?



### DOCUMENTOS A PRESENTAR EN LA COMPAÑÍA DE SEGUROS:

- Formulario Solicitud de Reembolso de Gastos Dentales llenado completamente.
- Presupuesto de atención dental.
- Boleta de honorarios original\*.
- Certificado de alta emitido por dentista tratante indicando nombre del paciente y fecha de término del tratamiento o alta clínica.

**IMPORTANTE:** Sólo se reembolsan tratamientos efectivamente realizados y terminados.

\*Recordamos a usted que el plazo máximo de presentación de sus gastos dentales, se cuenta a partir de la fecha de emisión de los documentos que acreditan los gastos dentales incurridos por usted

