



Manual Seguros Colectivos

CHILENA CONSOLIDADA

Miembro de  Zurich Insurance Group



Manual Seguros Colectivos

Chilena Consolidada Seguros de Vida le da la más cordial bienvenida a usted y su grupo familiar y tenemos el agrado de entregarle este manual con las principales características, beneficios y procedimientos para el correcto uso del Seguro Colectivo que su empresa ha contratado para usted.

Lo invitamos a comunicarse con el área de Recursos Humanos de su empresa para obtener mayor información.

SEGUROS DE SALUD

¿QUÉ ES UN SEGURO COLECTIVO DE SALUD?

Es el seguro que reembolsa un % del valor no reembolsado por su institución de Salud (Isapre/Fonasa).

¿QUIÉNES PUEDEN TENER EL SEGURO DE SALUD?

Trabajadores activos con contrato de trabajo vigente, pertenecientes a la empresa contratante. También podrán estar cubiertos los dependientes del asegurado (como cónyuge e hijos), de acuerdo a las condiciones establecidas con su empleador. Todos los asegurados deben contar con un sistema previsional.

¿QUÉ ES EL DEDUCIBLE?

Es el monto expresado en UF de cargo del asegurado que será descontado de los primeros reembolsos solicitados. Una vez cubierto su deducible anual, Chilena Consolidada comienza a reembolsar los gastos de acuerdo al plan contratado. El deducible se aplica una vez al año, según la fecha en que inició la póliza y deberá cumplirse según la forma en que se estableció en la póliza.

Este manual ha sido diseñado de manera genérica para apoyar a los asegurados en el uso del Seguro de Salud y Dental y no constituye un contrato ni propuesta de seguro.

Las condiciones generales de las coberturas se encuentran debidamente inscritas en SVS (disponibles en www.svs.cl menú Mercado de Seguros) bajo los siguientes registros:

Coberturas de Vida. POL 220130565

Coberturas de Salud POL 320130567

Cobertura Dental POL 320130564

Coberturas Catastróficas POL310178

¿CÓMO SOLICITAR SU REEMBOLSO?

El formulario de Solicitud de reembolso de Chilena Consolidada puede obtenerlo en el área de RRHH de su empresa o a través de nuestra página web, accediendo a través de nuestro servicio en línea en Denuncia de Siniestros.

Si usted desea que le depositen sus reembolsos, informe su cuenta corriente o cuenta vista a través de su área de RRHH.

¿CÓMO DEBO COMPLETAR EL FORMULARIO DE REEMBOLSO?

Cada vez que usted visite a su médico, lleve un formulario de reembolso para que él complete el punto 1: Declaración Médica.

En la segunda parte: Declaración del Asegurado debe completar los antecedentes solicitados (Empresa Contratante, RUT Titular, Nombre Titular, RUT Paciente, Nombre del Paciente, Fono Contacto, E-mail Contacto, Sistema Previsión de Salud, Número de documentos presentados, Monto Reclamado).

En caso de continuación de un tratamiento, es decir diagnóstico y prestaciones ya reembolsadas por la Compañía, no es necesario que el médico tratante complete la "Declaración Médica", sí es muy importante que indique que es continuidad de tratamiento y escriba el diagnóstico.

Nota: Los formularios de reembolsos no deben fotocopiarse.



¿QUÉ DOCUMENTOS DEBEN ACOMPAÑAR AL FORMULARIO DE REEMBOLSO?

En Caso de Prestaciones Ambulatorias

- Boletas de farmacia: en original, con detalle de cada medicamento.
- Boletas electrónicas: Deberán venir respaldadas por la firma y timbre del profesional que las emitió.
- Boletas sin cobertura ISAPRE/FONASA: Deben venir con el timbre de la entidad previsional que corresponda justificando a su No Cobertura.
- Bonos: Debe enviar el original de copia del cliente, timbrado por la Isapre.
- Documentos de reembolso: Comprobante del reembolso original emitido por la Institución de Salud, más fotocopia de boleta o factura reembolsada, y orden médica cuando corresponda de óptica, examen y procedimiento.

En caso de Prestaciones Hospitalarias

- Se define como gasto hospitalario a aquellas prestaciones que utilicen a lo menos un día completo de servicio de habitación (Pernoctar), alimentación y atención general de enfermería.

a) Por honorarios médicos:

- En caso de cancelar directamente al médico, debe adjuntar una fotocopia de las boletas de honorarios y el documento de reembolso original de la Isapre.
- Si cancela con bono, debe enviar la copia original cliente de éste, el programa médico y la boleta o factura original por las diferencias no cubiertas, el copago.

b) Por gastos de hospitalización:

- Presente el Programa Médico con sus respectivos bonos y/o documentos de reembolso originales, en este último caso adjuntar fotocopias de las boletas.
- Enviar detalle de los gastos incurridos durante la hospitalización (hoja computacional entregada por la Clínica u Hospital, prefectura).
- Si hay facturas o boletas que la Isapre no le reembolsó, preséntelas en original con un timbre de la Isapre que indique que no estuvieron sujetas a reembolso.
- En caso de existir notas de crédito simple deben adjuntarse al formulario.



¿CÓMO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS?

Debe enviar el formulario de Reembolso, adjuntando la receta original y boleta debidamente timbrada por la Farmacia indicando el detalle de cada medicamento.

Aquellas boletas que sólo indiquen el total de la compra, deberán indicar en el reverso el detalle de cada medicamento (nombre y precio) debidamente timbrado por la farmacia.

Debe indicar claramente los medicamentos recetados, la dosis y duración del tratamiento.

¿QUÉ HACER EN CASO DE PRESENTAR UNA RECETA MÉDICA A PERMANENCIA?

Se definen las recetas a permanencia aquellas que presentan una duración mayor a 1 mes, y que tendrán validez por un periodo de 6 meses.

Para solicitar el reembolso de medicamentos permanentes por primera vez, recientemente indicados, el asegurado debe enviar:

- Solicitud de reembolso debidamente llenada.
- Fotocopia de la receta permanente, timbrada por la farmacia.
- Boleta de farmacia con detalle de los medicamentos.

Los medicamentos a permanencia serán reembolsados mensualmente.

Las recetas médicas enmendadas ya sean en el nombre del paciente, fecha de emisión a o la prescripción de los fármacos serán rechazadas.

IMPORTANTE

En caso de retención de la receta por parte de la farmacia, el asegurado deberá presentar:

- Formulario de solicitud de reembolso de gastos médicos, debidamente completado por su médico tratante.
- Fotocopia de la receta con timbre de farmacia, donde se señale claramente "receta retenida"
- Para reembolsos siguientes y durante el periodo de vigencia de la receta a permanencia, bastará que el asegurado remita una fotocopia de la receta a permanencia, junto a los otros documentos habituales (solicitud de reembolso indicando el diagnóstico y que se trata de una continuación de tratamientos, boleta farmacia).
- Por cada despacho en la farmacia se debe solicitar el timbre de la farmacia.
- Una vez vencida la receta a permanencia (6 meses de vigencia contados desde la fecha de emisión), el asegurado debe solicitar al médico tratante la emisión de una nueva receta y repetir el ciclo indicado.

¿QUÉ HACER PARA SOLICITAR BONIFICACIÓN DE UNA ATENCIÓN DE URGENCIA?

Ante la atención en un Servicio de Urgencia, el asegurado no tiene la obligación de que el médico complete el "Formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos".

Debe presentar los gastos con el formulario de reembolso completado y firmado por el titular del seguro, colocando en "Diagnostico" el motivo de la consulta indicando que fue una atención de urgencia. Debe adjuntar la hoja de Atención del servicio de Urgencia.

Antes de reembolsar en su Isapre, fotocopie todos los antecedentes que digan que fue una atención de urgencia para enviarlos al seguro junto al reembolso de la Isapre.

¿CUÁL ES EL PLAZO DE PRESENTACIÓN DE UN REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

Para Gastos Médicos Ambulatorios: 60 días contados desde la fecha de prestación y/o atención.

Para Gastos Médicos Hospitalarios: 60 días contados desde la fecha de emisión de los bonos (liquidación del programa por parte de la Isapre).

El no cumplimiento de los plazos implica el no pago por parte de la Compañía para los gastos presentados.

¿CÓMO SOLICITAR REEMBOLSO DE GASTOS ÓPTICOS?

En caso de tener cobertura por Isapre/Fonasa debe presentar la fotocopia de Orden Médica más documentos de reembolso de Isapre o Bono Fonasa (Mayores 55 años) en originales, en caso de lentes deberá indicar por separado los costos de los marcos y cristales.

En caso de no tener bonificación por parte de Isapre/Fonasa se debe presentar original de Orden Médica y boleta original, con timbre de la Institución de Salud que indique "Sin Cobertura".

¿QUÉ SUCEDE CUANDO LA ISAPRE O FONASA NO REEMBOLSA UNA PRESTACIÓN?

Para aquellos gastos no bonificados por el Sistema Previsional de Salud, se considerará el 50% del gasto real y luego se aplicará el porcentaje del plan contratado. En este caso, para proceder al reembolso de gastos se debe presentar los documentos originales con timbre de la Institución de Salud que indique "Sin Cobertura" de Isapre o Fonasa, junto con el formulario de Reembolso debidamente completado por el médico tratante.

¿CÓMO PRESENTAR UN REEMBOLSO DE UN PROGRAMA PAD?

Se define un Programa PAD (Su cuenta conocida) a paquetes de prestaciones con costos predefinidos para ciertas intervenciones donde el afiliado podrá conocer con anticipación el valor de la atención o programa de salud.

Del punto de vista Arancel FONASA, las prestaciones PAD, el código comienza con los dígitos 25.

Para identificar si es un gasto hospitalario o ambulatorio el asegurado titular deberá adjuntar a la documentación contable el certificado de alta emitido por el prestador, en donde se indique Fecha Ingreso, Fecha de Alta, Diagnóstico y tratamiento y/o Cirugía efectuadas.

¿QUÉ ANTECEDENTES ADJUNTAR EN CASO DE UN ACCIDENTE?

Junto a la documentación contable original, se debe enviar una declaración simple del accidente: dónde, cuándo, cómo y qué sucedió. En caso de gastos por accidente automovilístico o accidente ocurrido en la locomoción colectiva (no del trayecto laboral), el asegurado deberá adjuntar la liquidación original del SOAP, emitida por la Compañía de Seguros, además de lo reembolsado por la Isapre.

Es importante señalar que el SOAP (Seguro Obligatorio de Accidentes Personales) cubre tanto al Conductor como al Acompañante. Cabe señalar que el uso del SOAP es prioritario y obligatorio.

En caso de Accidente del Trabajo o Trayecto, los gastos médicos deberán ser cancelados en su totalidad por la Institución de Seguridad Laboral convenida con la Empresa (ACHS, Mutual, IST, etc.) Este tipo de accidente no es cubierto por la póliza.



SERVICIOS IMED-BONO ELECTRÓNICO

Es la venta y emisión automática de bonos electrónicos, efectuada directamente en las dependencias de los Centros de Salud en convenio (Clínica, Hospital etc.), sin necesidad de que la persona debe asistir previamente a los puntos de Venta de FONASA o ISAPRE, ni deba presentar posteriormente los documentos emitidos por estas instituciones a la Compañía de Seguros.

Una vez registrada la huella, el asegurado deberá presentar su cédula de identidad y colocar su dedo índice en el autenticador de huella digital, verificándose la información previamente registrada, procediéndose a la bonificación por la institución de salud y posteriormente por el Seguro Complementario.

¿CUÁLES SON LOS BENEFICIOS DE ESTE SISTEMA DE BONIFICACIÓN?

Reembolso inmediato por la póliza contratada a través de Chilena Consolidada para las prestaciones en convenio I-Med.

¿CUÁLES SON LOS REQUISITOS PARA UTILIZAR ESTE SISTEMA?

El asegurado y su grupo familiar individualizado en la póliza con convenio I-Med deberán tener registrados correctamente sus números de cédulas de identidad en la Compañía de Seguros.

¿QUÉ PRESTACIONES SE PUEDEN REMBOLSAR A TRAVÉS DE ESTE SISTEMA?

El servicio I-Med opera para consultas médicas ambulatorias, incluyendo Psicología y Psiquiatría, procedimientos ambulatorios de baja complejidad, exámenes de laboratorio, imágenes y kinesiología, que tengan cobertura a través de la póliza contratada.



SEGURO DENTAL

Solo para quienes tengan esta cobertura contratada

¿QUÉ DOCUMENTOS DEBE ENVIAR PARA SOLICITAR REEMBOLSO DE GASTOS DENTALES?

1. Formulario para reembolso
Es importante destacar que en cada prestación el odontólogo debe indicar el número de las piezas afectadas, la fecha de atención, el valor unitario y el monto total.

Cada vez que usted visite a su odontólogo, lleve un formulario de reembolso para que él complete el punto 1. Declaración Médica. En la segunda parte: Declaración del Asegurado, debe completar los antecedentes solicitados.

2. Boletas en original
3. Presupuesto en caso de atenciones prolongadas.

¿QUÉ PASA EN CASO DE TRATAMIENTOS PROLONGADOS?

La Compañía reembolsará sólo las prestaciones efectuadas y canceladas, no se reembolsarán prestaciones contra presupuestos cancelados en forma anticipada, por lo tanto, al presentar boletas por tratamiento anual, se bonificará sobre lo realizado a la fecha, debiendo adjuntar:

- Copia del presupuesto, indicar liquidación original en la que se efectuó el primer reembolso y Certificado del odontólogo en el cual se indique el control realizado.

¿QUÉ ES LA CARENCIA DENTAL Y PARA QUÉ COBERTURAS SE APLICA?

La carencia dental es un periodo de espera determinado por la Compañía, durante el cual los asegurados no tienen derecho a bonificación, indemnización o reembolso.

El periodo de carencia corresponde a 6 meses y se aplica a las nuevas incorporaciones para prestaciones de Ortodoncia y Prótesis Dentales (incluye implantes).



Descarga nuestro Manual en PDF con este código QR



CHILENA CONSOLIDADA

Miembro de  Zurich Insurance Group

Si deseas mas información ingresa a
www.chilena.cl

o llamando al
600 600 90 90
Celulares
(56-2) 2351 8910