

**SEGUROS COLECTIVOS**  
**2009**

---

**Instructivo Seguro**  
**Complementario de Salud**



**COLEGIO DE CIRUJANO DENTISTAS DE CHILE A.G.**

## ¿ HASTA QUE EDAD ME PUEDO INCORPORAR AL SEGURO ?

- **EDADES MÁXIMAS DE ENTRADA AL SEGURO EN EL MOMENTO DE EMISIÓN**  
Está dirigido para los Colegiados que estén con sus cuotas al día y vigentes al momento de emitir la Póliza y pueden ingresar hasta los 95 años.
- **EDADES MÁXIMAS DE ENTRADA AL SEGURO UNA VEZ EMITIDA LA PÓLIZA**  
Está dirigido para los Colegiados cuya edad máxima de ingreso al Seguro sea de 65 años.  
La permanencia en el Seguro de estos Colegiados es hasta los 65 años y 364 días.

## ¿ QUE DOCUMENTOS SE DEBEN ACOMPAÑAR AL FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO FIRMADO POR EL MÉDICO ?

---

- **GASTOS MEDICOS 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 profesional que corresponda justificando su No Cobertura.
- ✓ **Bonos:** Debe enviar el original de copia de cliente, timbrado por la Isapre.
- ✓ **Documentos de reembolso:** Comprobante del reembolso emitido por la Institución de Salud, más fotocopia de boleta o factura reembolsada.

- **GASTOS MÉDICOS HOSPITALARIOS :**

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

- Por honorarios médicos**

En caso de cancelar directamente al médico, debe adjuntar una **fotocopia de las boletas** de honorarios y el **formulario de reembolso** de la Isapre.

Si cancela con bono, debe enviar la copia cliente de éste y el programa médico.

- Por gastos de hospitalización**

Presente el Programa Médico con sus respectivos bonos y/o documentos de reembolso.

Enviar el detalle de los gastos incurridos durante la hospitalización (hoja computacional entregada por la clínica).

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 siempre deben adjuntarse al formulario.

## ¿QUÉ HACER PARA SOLICITAR LA 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 "Diagnóstico" el motivo de la consulta refiriendo que fue una atención de urgencia.

Se le debe indicar al asegurado, que antes de reembolsar en su Isapre, fotocopie todos los antecedentes para enviarlos al seguro junto al reembolso de la Isapre.

## ¿CÓMO SOLICITAR EL REEMBOLSO DE MEDICAMENTOS?

La bonificación de medicamentos se hará una vez que se adjunte la receta original y boleta debidamente timbrada por la Farmacia indicando el detalle de cada medicamento.

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

El nombre del paciente en la receta debe ser escrito de puño y letra del médico tratante.

Se debe indicar claramente los medicamentos recetados, su respectiva dosificación y duración del tratamiento.

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

Se definen las recetas médicas a permanencia aquellas que presentan una duración mayor a 6 meses  
Para solicitar el reembolso de medicamentos permanentes por primera vez, recientemente indicados, el asegurado debe enviar:

- Solicitud de reembolso debidamente llenada
- Original de la receta permanente
- Boleta de Farmacia

En la receta el nombre del paciente debe ser escrito de puño y letra del médico tratante, se deberá indicar claramente los medicamentos recetados, su respectiva dosificación y duración del tratamiento.

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

La receta original, esta será devuelta al asegurado junto con la liquidación.

### **IMPORTANTE:**

La fecha de la boleta deberá estar dentro de la vigencia de la receta para estos efectos.

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 su retención
- 1) Para reembolsos siguientes y durante el período 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 tratamiento, boleta farmacia, etc.).
  - 2) 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.

## ¿CÓMO SOLICITAR REEMBOLSO DE GASTOS ÓPTICOS?

En caso de tener cobertura por Isapre/ Fonasa debe presentar la fotocopia de Orden Médica más documento de reembolso Isapre o Bono FONASA (Mayores 55 años) ,en caso de lentes deberá indicarse por separado del costo de marcos y cristales.

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

### ¿CÓMO PRESENTAR UN REEMBOLSO DE UN PROGRAMA PAD?

Se define un Programas PAD (Su cuenta conocida) a paquetes de prestaciones con costos predefinidos para ciertas intervenciones por ejemplo Cole litiasis, donde si el afiliado podrá conocer con anticipación el valor de la atención o programa de salud

Del punto de vista Arancel Fonasa, las prestaciones PAD comienzan con el código 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.

### ¿QUÉ ANTECEDENTES ADJUNTAR EN CASO DE UN ACCIDENTE?

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 cubre tanto al Conductor como al Acompañante.

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

### ¿EN QUÉ CONSISTE LA DERIVACIÓN MÉDICA Y PARA QUÉ PRESTACIONES SE UTILIZA?

Es la derivación del asegurado por parte de su médico tratante a otro profesional, donde además de indicar el motivo de la derivación se explica la necesidad de que su paciente sea tratado el profesional.

La derivación médica se solicita para derivaciones a profesionales No Médicos como Kinesiólogos/ fonoaudiólogos.

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

Para evitar rechazos innecesarios, se debe cumplir con el plazo **de 60 días** desde la fecha de la prestación, según lo establecido en las Condiciones Particulares de su contrato de seguro.

**Compra del bono en Isapre**      Fecha de emisión del bono en Isapre/Fonasa.

**Reembolso en Isapre**      Fecha de la prestación, es decir, fecha de la boleta.

## **CONDICIONADOS GENERALES DE LA SVS BAJO LOS CUALES SE RIGEN LAS COBERTURAS CONTRATADAS**

- Seguro de Salud    POL 308052

### ¿CÓMO DEBO COMPLETAR LA SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MÉDICOS?

La solicitud de reembolso consta de 2 partes

- 1.-Declaración Médica
- 2.-Declaración del Asegurado

### **1.-Declaración Médica**

Esta sección deberá ser completada de puño y letra por el médico tratante:

- Nombre del paciente
- Naturaleza de la enfermedad o lesión
- Fecha de la primera consulta (Día/Mes/Año)
- Diagnóstico Actual
- Fecha en que se diagnosticó por primera vez la enfermedad (Día/Mes/Año)
- Breve Anamnesis
- En caso de embarazo N° Semanas de gestación/FUR
- Indicar si es continuación de tratamiento, en caso afirmativo número de reembolso anterior
- Tratamiento indicado
- Nombre y Rut del profesional
- Especialidad
- Fecha de Atención
- Fono consulta
- Firma del Profesional Médico

### **2.-Declaración del Asegurado**

- Nombre del Colegiado Titular
- Rut Colegiado Titular
- Síntomas que originan la visita al médico
- Fecha 1eros. Síntomas
- Marcar con una "X" a quién corresponde el reembolso
- Sistema de Salud
- Firma Colegiado Titular

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, sólo el asegurado deberá completar la Declaración del Asegurado y en el ítem Declaración Médica indicar que es continuación de tratamiento indicando el número de liquidación anterior reembolsada por igual concepto.

### **¿ QUE PASA CUANDO NO HAY BONIFICACIÓN FONASA O ISAPRE ?**

Cuando una prestación es timbrada como "No Bonificable" por la ISAPRE o FONASA, la Compañía tomará el 50% de los gastos efectivamente incurridos y luego bonificará según el Plan de Beneficios. Las coberturas que se excluyen de este tratamiento son los Medicamentos Ambulatorios, Salud Mental y Gastos Ópticos.

### **¿ CUANDO Y CÓMO SE BONIFICAN LOS GASTOS EN EL EXTRANJERO ?**

En los casos en que el Médico Tratante indique que el tratamiento que necesita el paciente no está disponible en Chile o bien cuando el paciente se encuentre de viaje y sufra una emergencia médica, se aplicará a los gastos incurridos, el mismo Plan de Beneficios Nacional, luego que el asegurado haya hecho uso de su Sistema Previsional.

### **¿ CUALES SON LOS EXÁMENES PREVENTIVOS QUE SE CUBREN ?**

1 Control Preventivo de la mama.



1.- DECLARACION MEDICA

ESTIMADO DOCTOR

PARA PERMITIR A VUESTRO PACIENTE HACER USO DE LOS BENEFICIOS DEL SEGUROS DE SALUD, SOLICITAMOS NOS APORTE LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES

NOMBRE DEL PACIENTE	EDAD
SEBASTIAN ROJAS AYALA	32
NATURALEZA DE LA ENFERMEDAD O LESION	FECHA 1° CONSULTA
Benigna	17/05/2009
DIAGNOSTICO ACTUAL	FECHA DE DIAGNOSTICO
Colelitiasis	17/05/2009
BREVE ANAMNESIS: SE REQUIERE DETALLAR ELEMENTOS IMPORTANTES DE LA HISTORIA CLINICA PARA ADECUADA EVALUACION:	
Por estudio se detecto presencia de calculos biliares	

USAR EN CASO DE EMBARAZO

N° DE SEMANAS	F.U.R.	CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO	
		SI <input type="checkbox"/>	NO <input checked="" type="checkbox"/>

TRATAMIENTO Y/O EXAMENES COMPLEMENTARIOS SOLICITADOS		
Operación: Colelistectomía		
FECHA DE ALTA	HOSPITAL Y/O CLINICA DONDE FUE ATENDIDO	N° HISTORIA Y/O FICHA CLINICA
12/06/2009	Clinica Los Pinos	207324
NOMBRE DEL PROFESIONAL	ESPECIALIDAD	RUT PROFESIONAL
Fernando PALM	Cirujano	14.274.328-7
FIRMA MEDICO	FONO CONSULTA	FECHA DE ATENCION
<i>[Firma]</i>	3254334	12/06/2009

2.- DECLARACION DEL ASEGURADO

NOMBRE DEL ASEGURADO		RUT ASEGURADO
Sebastian Rojas ayala		16.215.324-2
SINTOMAS QUE ORIGINAN LA VISITA AL MEDICO	FECHA 1° SINTOMAS	SISTEMA DE SALUD
IDEM	05/2009	IDEM
OBSERVACIONES DE LA COMPAÑIA		

1 POR ESTE MEDIO CERTIFICO QUE LAS RESPUESTAS ANTERIORES SON VERDADERAS Y FACULTO IRREVOCABLEMENTE A CHILENA CONSOLIDADA SEGUROS DE VIDA S.A., PARA QUE REQUIERA O SOLICITE TODA LA INFORMACIÓN SOBRE MIS ANTECEDENTES PATOLÓGICOS, COMO TAMBIÉN A LOS MÉDICOS Y/O INSTITUCIONES PARA QUE SUMINISTREN A LA COMPAÑIA LA INFORMACIÓN COMPLETA O COPIAS DE SUS ARCHIVOS, A OBJETO DE ANALIZAR ESTA RECLAMACIÓN.

*[Firma]*  
FIRMA TITULAR (1)

# **SISTEMA IMED**

## **DEFINICIÓN**

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 de la 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, 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 Imed, por lo que ya que no será necesario solicitar al médico tratante que complete el Formulario de Reembolso de Gastos Médicos, ni presentarlo posteriormente a la Compañía.

Al rembolsar on-line por la Compañía de Seguros el porcentaje de beneficios de acuerdo a la póliza contratada, disminuirá el copago final del asegurado.

## **¿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?**

Prestaciones Ambulatorias con fin curativo de baja complejidad y que tengan cobertura a través de la póliza contratada (Por ejemplo: Consulta General y Especialista, Exámenes de Laboratorio y Radiológicos, Kinesioterapia y Procedimientos Ambulatorios de baja complejidad)

## **¿DESDE QUÉ EDAD SE PUEDE INGRESAR LA HUELLA DIGITAL?**

La huella digital podrá ser ingresada desde los 7 años de edad.

## **¿QUÉ PASA SI TENGO DOS O MÁS SEGUROS VIGENTES?**

No opera I-MED

## PLAN SEGURO COMPLEMENTARIO DE SALUD

<b>GASTOS AMBULATORIOS</b>		
<b>Prestación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tope Máximo (UF)</b>
- Consulta Médica	50%	1,0 por consulta
- Consulta Médica Especializada	50%	1,0 por consulta
- Exámenes de Laboratorio	50%	Sin Limite
- Exámenes Radiológicos	50%	Sin Limite
- Procedimientos de Diagnóstico y/o Terapéuticos (Incluye Material de Yeso)	50%	Sin Limite
- Cirugía Ambulatoria	50%	Sin Limite
- Medicamentos Marca	50%	10 U.F Sin Limite
- Medicamentos Genéricos	50%	
<b>GASTOS DE HOSPITALIZACION</b>		
<b>Prestación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tope Máximo (UF)</b>
- Día Cama	80%	2 U.F. por día
- Servicios Hospitalarios y Hon.Médicos Quirúrgicos	80%	30 U.F. por evento
- Ambulancia Terrestre ( 50 Km. Radio urbano )	80%	5 U.F. por evento
- Cirugía Plástica por Accidente	80%	Sin Limite
<b>GASTOS POR MATERNIDAD (incluye la totalidad de los gastos)</b>		
<b>Prestación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tope Máximo (UF)</b>
- Aborto no Provocado	80%	8 U.F. anual
- Parto Normal	80%	15 U.F. anual
- Cesárea	80%	20 U.F. anual
<b>GASTOS POR TRATAMIENTO PSIQUIATRICO Y/O PSICOLOGICO</b>		
<b>Prestación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tope Máximo (UF)</b>
- Psiquiatría y Psicología 0,5 UF por sesión	50%	10 U.F.anual
- Hospitalización Psiquiátrica	50%	
<b>OTROS BENEFICIOS</b>		
<b>Prestación</b>	<b>Porcentaje</b>	<b>Tope Máximo (UF)</b>
- Kinesiología y Fonoaudiología	50%	20 U.F. anual
- Prótesis, Ortesis	50%	10 F. anual
- Optica (Cristales, Marcos y Lentes de Contacto)	50%	4 U.F. anual
- Aparatos Auditivos	50%	5 U.F. anual
<b>COBERTURA EN EL EXTERIOR</b>	<b>IDEM PLAN</b>	
<b>DEDUCIBLE POR ASEGURADO U.F.</b>	<b>0,5 U.F.</b>	
<b>MONTO MAXIMO DE REEMBOLSO POR BENEFICIARIO :</b>		
De 24 a 65 años	300 U.F.	
De 66 a 70 años	200 U.F.	
De 71 a 80 años	150 U.F.	
De 81 a 95 años	100 U.F.	