



PREGUNTAS FRECUENTES

Y cómo usar el seguro



¿Qué es un Seguro Complementario de Salud?

Es un Seguro de Salud que cubre las diferencias de dinero, no reembolsadas por su Sistema Previsional de Salud (Fonasa o Isapre), de acuerdo a los porcentajes y topes contratados y establecidos en el cuadro de beneficios de la Póliza.

¿Cómo enviar solicitudes de Gastos Médicos?

- Efectuado un gasto médico, es obligatorio solicitar primero los reembolsos y beneficios de su sistema de salud (FONASA - ISAPRE) o bien de otros seguros o beneficios si posee.
- Para solicitar la devolución de un gasto no es necesario completar la Solicitud de Reembolsos Médicos, debe ingresarlos en cualquiera de estas 2 plataformas:



Página Web
www.bciseguros.cl



App Bci Seguros
Descargada desde tu celular

- Si su gasto médico ya fue reembolsado por IMED (huella digital) no debe volver a solicitar reembolso médico por las plataforma.



Plazo para la Presentación de los Gastos Médicos

Tienes un plazo de **60 días** desde la fecha de emisión de bonos, boletas u otros (Documentación en poder de Bci).



Para las Atenciones Hospitalarias, se considerará la fecha de **Emisión de bonos y/o boletas** para la presentación del siniestro a la compañía.



Si estas emisiones están retrasadas por parte del Centro de Salud, se debe avisar con antelación a RRHH de la empresa, con el fin de dejar ingresado el siniestro.



¿Qué documentos deben acompañar para el ingreso de Gastos Médicos Ambulatorios?





¿Qué documentos deben acompañar para el ingreso de Gastos Hospitalarios?

- Programa Médico con sus respectivos bonos y/o documentos de reembolso.
- Enviar el detalle de los gastos incurridos durante la hospitalización (documentaciones contables, recetas, Informe Médico Tratante (IMT), Epicrisis, Prefactura y otros).
- Si hay facturas o boletas que la Isapre no reembolsó, se deben presentar con un timbre de la Isapre que indique que no estuvieron sujetas a reembolso.
- En caso de existir notas de crédito siempre deben adjuntarse.
- Para gastos de Honorarios Médicos, en caso de cancelar directamente al médico, debe adjuntar fotocopia de las boletas de honorarios y los bonos de reembolso emitidos por la institución de salud previsional. Si cancela con bono, debe enviar la copia cliente de éste y el programa médico.



¿Cómo solicitar el reembolso de Medicamentos?

- La receta debe indicar: Nombre del paciente y RUT de forma legible con firma y timbre del médico tratante.
- Se debe indicar claramente los medicamentos recetados, su respectiva dosificación y duración del tratamiento, diagnóstico y el nombre exacto del medicamento y/o componente.
- Cabe destacar que la duración máxima de una receta es de 6 meses, una vez transcurrido este plazo deberá solicitar una nueva receta.



¿Qué hacer en caso de presentar una receta médica a permanencia?

Para solicitar el reembolso de medicamentos permanentes el asegurado debe adjuntar cada vez que solicite un reembolso la receta inicial:

- ☒ Boleta de farmacia
- ☐ En la receta debe venir indicado el nombre del paciente, se debe 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.

Recetas a permanencia deben tener una antigüedad máxima de 6 meses.

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



¿Qué hacer en caso de presentar una receta médica a permanencia?

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

- Fotocopia de la receta con timbre de farmacia, donde se señale claramente su retención.

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 (certificado donde se indique el diagnóstico y que se trata de

- una continuación de tratamiento, boleta farmacia, y otros).



¿Cómo solicitar una Atención de Urgencia o Atención de Telemedicina?

- Atención de Urgencia: Debe presentar documento de atención (Hoja de Atención de Urgencia) emitido por la institución de salud y donde aparece el motivo de atención. Además, adjuntar boleta, bono o reembolso en caso de Isapre.
- Atención de Telemedicina: Debe venir la imagen de la boleta con el detalle de la atención de la consulta médica. Los asegurados con Isapre deben reembolsar previamente en ella y con el documento de reembolso más la boleta, deben solicitar cobertura a la compañía.



¿Cómo es una liquidación I-Med?

ING Salud		BONO DE ATENCION AMBULATORIA		995690988				
Fecha Emisión	: 31/05/2007	Hora	: 10:50	Convenio	: 13.563 Centro de Diagnostico			
Afiliado	:			Plan/Grupo Ingreso	: IPSM01805A			
Beneficiario	:			Edad	: 39 SEXO : M			
DIRECCION	:							
Prestación		H	I	Cent.	Valor Total	Bonificación Financiadora	Aporte O. Complement.	Copago del Beneficiario
Q101816	MEDICINA INTERNA	N		1	18.823	13.176	4.517	1.130
TOTALES					18.823	13.176	4.517	1.130
Complemento de Salud				:	4.517			
Saldo copago del Beneficiario				:	1.130			
PROFESIONAL/INSTITUCION:								
MEDICO TRATANTE:								
Firma Beneficiario								
EMISOR: 13.028.101-8		HORA: 10:51		VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION				
						995690988		

Centro de Diag. Ciudad Q. A. S. A.

31 MAY 07

CAJA

Q. A. S. A.



Principales Exclusiones del Seguro Salud

- Prestaciones médicas a consecuencia de preexistencias.
- Prestaciones médicas que sean para fines preventivos.
- Hospitalizaciones con fines de reposo.
- Tratamientos o cirugías para fines de embellecimiento estético.
- Homeopatías.
- Sustitutos Alimenticios. Tratamientos por Drogas o Alcoholismo.
- Productos Dermatológicos o Dermocosméticos.
- Recetas Magistrales para propósitos no terapéuticos.
- Intentos de suicidio, ingestión de drogas, enfermedades profesionales.
- Cualquier método anticonceptivo.
- Gastos incurridos a causa de negligencia, imprudencia o delito realizado por el asegurado.