

SOLICITUD DE REEMBOLSO GASTOS MEDICOS

BICEVIDA

FECHA INGRESO

N° RECLAMO

I. DECLARACION DEL ASEGURADO TITULAR

NOMBRE O RAZON SOCIAL DEL CONTRATANTE:

FOURINE SPA

NOMBRE ASEGURADO TITULAR:

PATRICIA BONNET

RUT

24.980.024-9

NOMBRE PACIENTE - ASEGURADO BENEFICIARIO:

MOTIVOS QUE OBLIGAN A VISITAR AL MEDICO O INSTITUCION MEDICA

SI ES UNA CONTINUACION DE TRATAMIENTO, SIN MEDIAR CONSULTA MEDICA, POR FAVOR INDIQUE EL DIAGNOSTICO ANTERIOR Y LA FECHA EN QUE SE REALIZO ESTE.

DIAGNOSTICO ANTERIOR:

FECHA DIAGNOSTICO

DETALLE DE LOS COMPROBANTES (POR FAVOR INDIQUE EL NUMERO DE DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN)

BONOS

REEMBOLSOS

BOLETAS FARMACIA

RECETAS

OTROS

TOTAL DOCUMENTOS

TOTAL \$

1

1

9729

DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO EN EL PROCEDIMIENTO DE LIQUIDACION DE SINIESTROS (DECRETO SUPLENTO N° 1055, ART. 20), BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS INFORMA QUE PRACTICARA EN FORMA DIRECTA LA LIQUIDACION DEL SINIESTRO QUE SE DENUNCIA. EL ASEGURADO O BENEFICIARIO DEL SEGURO PODRA, DENTRO DEL PLAZO DE 5 DIAS A CONTAR DE LA FECHA DE DENUNCIA, OPONERSE A LA LIQUIDACION DIRECTA, PARA LO CUAL DEBERA SOLICITAR POR ESCRITO A BICEVIDA QUE DESIGNE UN LIQUIDADOR EXTERNO. ESTA SOLICITUD PODRA REALIZARLA A TRAVES DE CARTA CERTIFICADA DIRIGIDA A AV. PROVIDENCIA 1806, PISO 2, PROVIDENCIA.

TAMBIEN POR ESTE MEDIO DECLARO CONOCER QUE TODOS LOS ANTECEDENTES QUE DAN ORIGEN A ESTA SOLICITUD DE REEMBOLSO, TALES COMO **DIAGNOSTICOS, MEDICAMENTOS PRESCRITOS, TRATAMIENTOS, ETC.**, SERAN DE CONOCIMIENTO DE LAS DIFERENTES PERSONAS QUE PARTICIPAN EN EL PROCESO DE EVALUACION, LIQUIDACION Y TRASLADO DE INFORMACION Y QUE POR LO MISMO LIBERO A **BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A.** DE TODA LA RESPONSABILIDAD PRODUCTO DEL MANEJO DE LA MISMA. EN CASO DE QUE USTED REQUIERA QUE LA INFORMACION QUE ENVA A BICEVIDA COMPAÑIA DE SEGUROS S.A. Y LAS RESPUESTAS QUE DE ESTA EMANEN PRODUCTO DE LOS PROCESOS DE EVALUACION Y LIQUIDACION, SEA TRATADA EN FORMA **CONFIDENCIAL**, LE SOLICITAMOS HACERNOS SABER ESTA RESOLUCION POR ESCRITO MEDIANTE UNA CARTA INDICANDOLO Y REMITIR SUS DOCUMENTOS EN SOBRE CERRADO A NOMBRE DE DEPARTAMENTO DE SALUD, ROTULADO **CONFIDENCIAL**.

FORMA DE PAGO REEMBOLSOS DE SALUD (SALUD Y CATASTROFICO SI CORRESPONDE)

IMPORTANTE: SI USTED NO HA REGISTRADO SUS DATOS DE TRANSFERENCIA BANCARIA, LE SOLICITAMOS COMPLETARLOS PARA AGILIZAR EL PROCESO DE ENTREGA DE SUS REEMBOLSOS.

☐ CTA. CTE.

☐ CTA. VISTA

☐ CTA. AHORRO

N° CUENTA

BANCO

CORREO ELECTRONICO:

FECHA FIRMA

21 10 22

FIRMA DEL ASEGURADO TITULAR

NO OLVIDE QUE PUEDE ENVIAR SUS REEMBOLSOS DE GASTOS MEDICOS AMBULATORIOS (CONSULTAS, EXAMENES Y MEDICAMENTOS) A TRAVES DE REEMBOLSO WEB

II. DEBE SER COMPLETADO POR EL EMPLEADOR

RAZON SOCIAL EMPRESA:

RUT

NOMBRE REPRESENTANTE:

FECHA
PRESENTACION
COMPAÑIA

FIRMA DEL REPRESENTANTE

CERTIFICAMOS QUE EL ASEGURADO ARRIBA SEÑALADO SE ENCUENTRA VINCULADO COMO EMPLEADO ANTIGUO Y QUE SU SEGURO ESTABA VIGENTE EN EL MOMENTO QUE OCURRIÓ LA ENFERMEDAD O ACCIDENTE Y QUE SUS DEPENDIENTES SE ENCUENTRA AMPARADOS POR LA POLIZA DE BENEFICIO ADICIONAL DE GASTOS MEDICOS.

III. DECLARACION DEL MEDICO

DOCTOR: PARA QUE EL PACIENTE PUEDA BENEFICIARSE DE SU SEGURO DE SALUD, LE AGRADECEREMOS APORTAR LOS SIGUIENTES ANTECEDENTES:

NOMBRE COMPLETO PACIENTE:

RUT

DIAGNOSTICO PRINCIPAL (USAR LETRA IMPRENTA):

FECHA PRIMERA
CONSULTA

FECHA
DIAGNOSTICO

FECHA
ATENCION

SI ES EMBARAZO
N° DE SEMANAS

EN CASO DE ACCIDENTE:
DETALLE FECHA, LUGAR Y
DESCRIPCION DEL MISMO

TRATAMIENTO:
PERIODO DE TRATAMIENTO
E INDICACIONES MEDICAS

NOMBRE MEDICO:

ESPECIALIDAD:

RUT:

TELEFONO:

FECHA FIRMA

FIRMA Y TIMBRE MEDICO

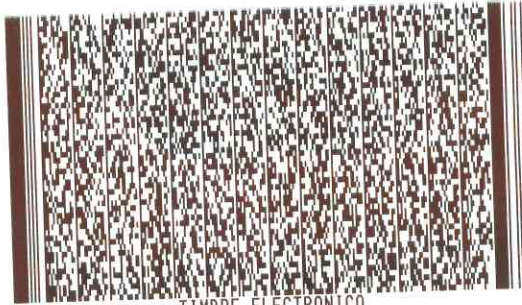
SALCOBRAND

SALCOBRAND S.A. R.U.T.: 76.031.071-9
AVDA. LIBERTADOR BERNARDO O'HIGGINS 799
C.M.: AV. LIB. BDO. O'HIGGINS 877 SANTIAGO
GIRO: FARMACIA Y SUPERMERCADO
VERSION: V67.8 04.10.22-BLMAR
O: 00004392 T: 2298 L: 038 C: 004
FECHA EMISION : 20/10/2022 HORA : 19:07

COXIDOL (B) 120mg 1U 13.899
30% DESCUENTO PROGRESIVO 4.170-

DEBITO ONLINE
NETO 9.729
IVA 19% 8.176
TOTAL 1.553
9.729

ATENDIDO POR : CAROLINA FLORES



TIMBRE ELECTRONICO
RES.EXE. No 73 DEL 31 DE MAYO DEL 2011

BOLETA ELECTRONICA Nro. 512207655 CAJA: 4
Verifique documento en www.salcobrand.cl



3905122076551

SR(A).: INGRID MARION - Cliente Mi Salcobrand

VENTA DEBITO
SALCOBRAND
AVDA. ALAMEDA 799
SANTIAGO

597031199948 - S2PCD31199948131
20/10/22 19:07:45 C-VI *****2490
FECHA CONTABLE : / /00
MONTO \$ 9.729
TOTAL \$ 9.729
EMPLEADO : 4392 BOLETA: 512207655
NUMERO OPERACION : 001021601
CODIGO AUTORIZACION: 074547
NUMERO UNICO : 00380004229820221020190728
ACEPTO PAGAR SEGUN CONTRATO CON EMISOR



Rp.

Pamela Bonnet A.

27980024-9

PERMANENTE

- Paracetamol 75 mg

1/2 comp x 1 semana

luego 1 a 1 comp

21:00

- Etoricoxib 120 mg

1 comp si dolor

27-06-21