

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.



60
días corridos

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.



5 días hábiles = 

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”.

