

**Seguro Complementario
Colectivo de Vida y Salud**

Seguros



Desde hoy, usted y los que más quiere, cuentan con todo el respaldo de Seguros Bupa.

En las siguientes páginas encontrará preguntas con sus respuestas que lo ayudarán a entender y utilizar mejor todos los beneficios de este Programa de Protección de Vida y Salud.

Como cliente de Seguros Bupa, cuenta con diversos beneficios y convenios pensados especialmente para usted.

Consulte sobre ellos en www.segurosbupa.cl, accediendo como cliente a través de su RUT y clave secreta.

Podrá contactarnos a través de nuestra mesa central al teléfono **600 818 000** y le ayudaremos a resolver sus dudas.

Indice

1. ¿Qué coberturas incluye el Seguro de Vida?	06
2. ¿Qué es el Seguro Complementario de Salud?	08
3. ¿Qué coberturas contempla el Seguro Complementario de Salud?	12
4. ¿Como hacer uso del seguro complementario de salud?	16
5. Gastos medicos y hospitalarios	18
6. Gastos dentales	20
7. ¿De que forma puedo hacer uso de mis beneficios en linea?	22



¿Qué coberturas incluye el Seguro de Vida?

Fallecimiento Natural

El capital asegurado será pagado al o los beneficiarios del asegurado, por causa de fallecimiento de éste, excluyendo preexistencias y suicidio cuando éste ocurra dentro del primer año de inicio de cobertura, la ley establece 2 años, aunque las partes pueden pactar un plazo inferior. Los beneficiarios son todas aquellas personas que el asegurado designa en la Solicitud de Incorporación al Seguro de Vida y Salud o en la Designación de Beneficiarios, al momento de iniciar su vigencia en la póliza y la distribución del seguro será de acuerdo a los porcentajes que él mismo haya definido.

De no existir dicha definición, se entiende que el asegurado establece la distribución en partes iguales, entre todas las personas por él mencionadas. Pueden ingresar a este seguro, todos los empleados.

Fallecimiento Accidental

También podrán contratar la cobertura de Fallecimiento Accidental que cubre al asegurado en caso de fallecimiento a causa directa o inmediata de un accidente.

El monto de esta cobertura es adicional al monto otorgado por fallecimiento natural, es decir si el fallecimiento es accidental el capital que recibirán los beneficiarios del seguro sería de capital de fallecimiento natural más fallecimiento accidental.

Podrán ingresar a esta cobertura, todos los empleados que cumplan con las condiciones contratadas.

Invalidez ITP 2/3

También podrá contratarse la cobertura de Invalidez Total y Permanente (ITP) 2/3 que cubre al asegurado como consecuencia de una invalidez 2/3 producto de una enfermedad o accidente. Podrán ingresar a esta cobertura, todos aquellos empleados que cumplan con las condiciones contratadas.

Invalidez Accidental

También podrá contratarse la cobertura de Invalidez Accidental que cubre al asegurado como consecuencia directa e inmediata de un accidente.

Podrán ingresar a esta cobertura, todos los empleados que cumplan con las condiciones contratadas.

Las exclusiones de cobertura pueden revisarse en el Depósito de Pólizas de la Superintendencia de Valores y Seguros bajo los códigos de Fallecimiento: POL 2 2013 1598, Muerte Accidental: CAD 3 2013 0480, Invalidez Accidental e Invalidez 80%: ITP 2/3.

Si el asegurado titular fallece, Seguros Bupa, indemnizará a los beneficiarios con el capital asegurado vigente al momento del fallecimiento. El monto a indemnizar a él o los beneficiarios, dependerá de lo indicado por el asegurado en el formulario de Solicitud de Incorporación al Seguro de Vida y Salud o Designación de beneficiarios, completado y debidamente firmado por él al momento de la incorporación o modificación.

Se considera asegurados para efectos de este seguro, trabajadores que tengan un vínculo contractual con la

entidad contratante, y se encuentren señalados o definidos en las Condiciones Particulares de la póliza.

Las personas que ingresen en el futuro a la entidad contratante a que pertenece el grupo de asegurados de esta póliza, podrán ser incorporados al presente seguro, cubriendo la Compañía el riesgo sobre sus vidas desde la fecha de su aceptación, previa calificación de su estado de salud y pago de la prima correspondiente.

Algunas Exclusiones

Este seguro no cubre el riesgo de muerte si el fallecimiento del asegurado fuere causado por:

- Suicidio.
- Pena de muerte o por participación en cualquier acto delictivo.
- Acto delictivo cometido, en calidad de autor o cómplice, por un beneficiario o quien pudiere reclamar la cantidad asegurada o la indemnización.
- Guerra, invasión, actos de enemigos extranjeros, hostilidades u operaciones bélicas, sea que haya habido o no declaración de guerra, guerra civil, insurrección, sublevación, rebelión, sedición, motín o hechos que las leyes califican como delitos contra la seguridad interior del Estado.
- Realización de una actividad o deporte riesgoso, que las partes hayan acordado excluir de la cobertura, al no aceptar el contratante un recargo de prima. De dicha exclusión deberá dejarse constancia detallada en las Condiciones Particulares de la póliza.
- Fisión o fusión nuclear o contaminación radioactiva.

Declaración del asegurado

La veracidad de las declaraciones hechas por el asegurado o el contratante, según sea el caso, en la Solicitud de Incorporación al Seguro de Vida y Salud, en sus documentos accesorios o complementarios y en el reconocimiento médico, cuando éste corresponda, constituyen elementos integrantes y esenciales de este contrato de seguro.

¿Qué es el seguro complementario de Salud?

El seguro complementario es curativo.

Este seguro podrá cubrir prestaciones ambulatorias, hospitalarias, maternidad y otros gastos con un capital máximo de reembolso según el plan contratado.

Para solicitar el reembolso del copago o bonificación de un gasto médico, (después de haber operado su Isapre o Fonasa previamente) y acorde al plan contratado por su empresa será necesario que su médico tratante indique el diagnóstico que causó dicho gasto

¿Qué cobertura ofrece el Seguro Complementario de Salud?

Las coberturas que podrá otorgar Seguros Bupa en virtud de esta póliza, son las que se identifican en Díptico de Coberturas, documento adjunto que señala las coberturas contratadas por su empresa.

Las condiciones de cobertura están señaladas en las condiciones particulares de la póliza, donde se establece los porcentajes y límites de reembolso o bonificación correspondiente.

¿Qué no cubre?

Este seguro no cubrirá gastos médicos originados por exclusiones contempladas en las condiciones generales de la póliza, las que podrán encontrar detalladamente en el documento adjunto. ¡No deje de informarse!

¿Qué pasa cuando no existe cobertura de Isapre o Fonasa?

Este seguro es complementario al sistema previsional, por lo que siempre debe pasar el gastos primero por Isapre o Fonasa. En caso de que su sistema previsional no tenga cobertura para una prestación determinada, deberá indicarlo con timbre de la institución que el gasto no tiene cobertura..

Tratándose de gastos médicos no bonificados por tu Sistema de Salud Previsional, se considerarán como gastos efectivamente incurridos el 50%, a los cuales se les aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado. Podrás verificar en el el díptico de cobertura adjunto.

¿Qué es el deducible?

Es un monto expresado en UF que será siempre de cargo del asegurado, por lo tanto, dicho monto será descontado de las primeras solicitudes de reembolsos de gastos médicos o dentales, según sea el caso, que usted envíe a la Compañía. Esto significa que en el momento que se termine de aplicar el deducible anual, Seguros Bupa comenzará a reembolsar la totalidad de los gastos de acuerdo al plan contratado.

Quiénes pueden incorporarse

Pueden incorporarse los trabajadores que mantienen contrato indefinido con la empresa contratante, pasando a ser Asegurado Titular, los cuales también pueden incorporar como beneficiarios médicos a su cónyuge e hijos, los que deben ser formalizados en su incorporación y autorizados por su empresa contratante.

Para la incorporación al seguro, deben completar en forma clara y precisa, en el Formulario de Incorporación, una declaración simple, indicando si el titular o algún miembro de su grupo familiar conoce, padece o ha padecido alguna enfermedad o dolencia diagnosticada y conocida con anterioridad a la fecha de vigencia del asegurado titular o carga en la póliza.

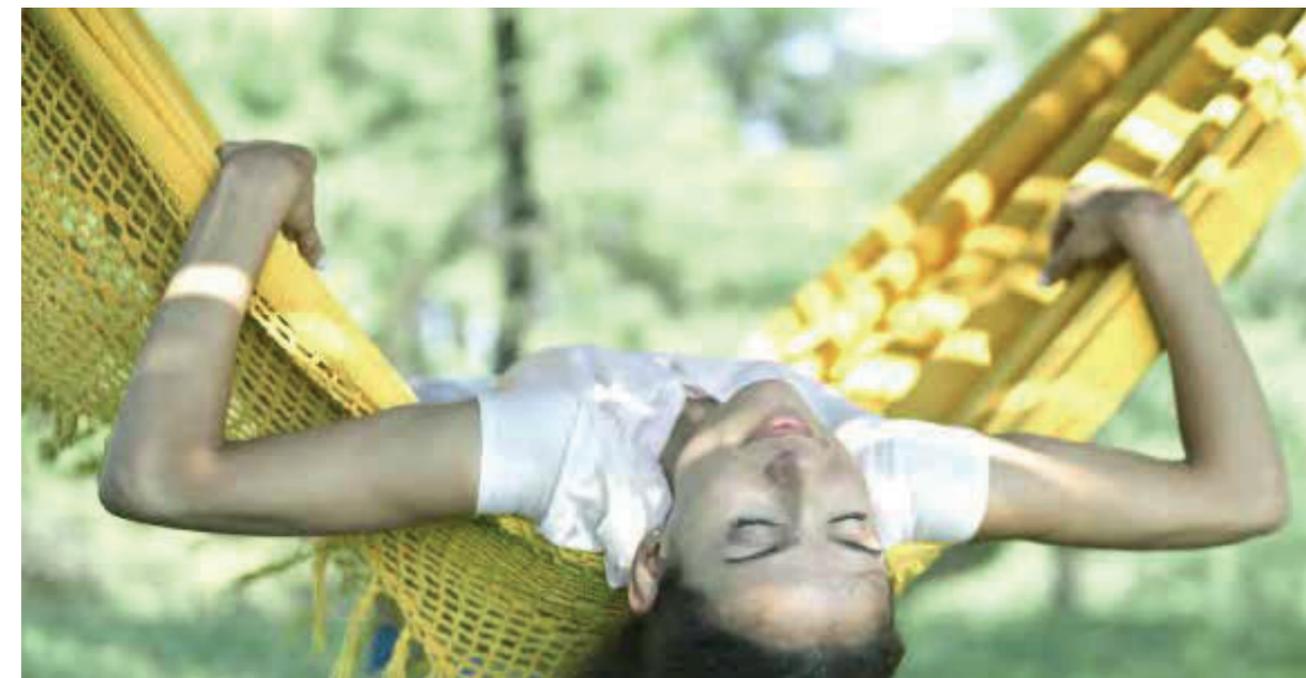
¿Cuáles son los requisitos?

- Estar en buenas condiciones de salud.
- En caso de encontrarse con licencia médica recién podrán solicitar su incorporación, al término de ella.

¿Cuál es el período de cobertura?

La cobertura se extiende hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta cobertura termina si se pierde el vínculo contractual con la empresa contratante o se excede la edad permitida para permanecer cubierto (lo que ocurra primero). Infórmate en el documento adjunto.



¿Cuál es el período de cobertura?

La cobertura se extiende hasta la edad establecida en las Condiciones Particulares de la póliza.

Esta cobertura termina si se pierde el vínculo contractual con la empresa contratante o se excede la edad permitida para permanecer cubierto. (lo que ocurra primero).

¿Cuál es el plazo para presentar los siniestros?

Efectuado un gasto medico reembolsable en virtud de las condiciones generales, el asegurado deberá informar a la compañía de seguros, directamente o a través del contratante, en un plazo no mayor a 60 días contados desde incurrido el gasto (fecha emisión del reembolso) documento que da cuenta del gasto médico.

Con todo, en caso de no renovación de la póliza el plazo de aviso de siniestro no podrá ser superior a treinta (30) días contados desde la fecha de término de la vigencia de la póliza.

¿Qué controles preventivos están cubiertos en esta póliza curativa?

Los únicos controles preventivos cubiertos son:

Control ginecológico anual:

- Consulta médica,
- Examen papanicolau,
- Antimicóticos,
- Ecotomografía transvaginal,
- Mamografía preventiva.

Control Niño Sano hasta los 6 años de edad:

- Consulta pediátrica,
- Radiografía de cadera hasta los 3 meses de edad

Control prostático:

- Consulta
- Antígeno prostático



¿Qué coberturas contempla el Seguro Complementario de Salud?

Días Cama

Gastos por habitación, alimentación y atención general de enfermería, suministrada al asegurado durante su hospitalización en un recinto clínico u hospitalario.

Servicios Hospitalarios

Gastos por concepto de servicios hospitalarios como salas de urgencia, derecho a pabellón, exámenes de laboratorio y radiología, procedimientos especiales, equipos, insumes y medicamentos, otros gastos suministrados al asegurado durante su hospitalización y que hayan sido debidamente prescritos por el médico tratante como necesarios para el tratamiento de la incapacidad.

UTI (Unidad de Tratamiento Intensivo) y UC (Unidad Coronaria)

Podrá estar contemplada en letra a) o b), de acuerdo a lo contratado por la empresa.

Servicio de ambulancia terrestre

Este servicio contempla el traslado en ambulancia en caso de urgencia desde y hacia un hospital o clínica dentro de un radio de 50 kms de distancia.

Cirugía Ambulatoria

Cirugía ambulatoria no requiere alojar en el recinto hospitalario.

Beneficio de Maternidad

Este beneficio contempla cobertura ante gastos hospitalarios y ambulatorios relacionados con la maternidad de una asegurada o cónyuge, siempre que el embarazo sea cubierto. Este beneficio no es extensible a hijas de asegurados.

Beneficio Ambulatorio

Los gastos ambulatorios, son todos aquellos relacionados con procedimientos que no requieren hospitalización, como por ejemplo:

- Consultas médicas.
- Óptica (marcos y/o cristales y/o lentes de contacto).
- Exámenes de laboratorio.
- Prótesis y Ortesis.
- Tratamientos y/o procedimientos.
- Aparatos auditivos.
- Radiografía.
- Psiquiatría y Psicología.
- Farmacia ambulatoria.

Beneficio Dental

Si este beneficio fue contratado por su empresa, Seguros Bupa reembolsará los gastos razonables y acostumbrados en el porcentaje y hasta los topes establecidos en la póliza de acuerdo a su plan de beneficios.

**Carencia: Existen tratamientos en los cuales existen periodos de carencia (tiempo en el cual no se puede hacer uso de esta cobertura).*

-El reembolso se hará sólo sobre los tratamientos efectivamente terminados, realizados y pagados.



¿Cómo solicitar los reembolsos de gastos médicos?

Efectuado un gasto médico, es prioritario y obligatorio, que antes de solicitar cualquier reembolso a Seguros Bupa, se obtenga el aporte correspondiente de la Isapre o Fonasa o cualquier otro beneficio de salud que se tenga y, posteriormente, dentro del plazo que estipula la póliza (el cual se detalla en hoja adjunta a esta guía), contados desde la fecha de la prestación, debe ser recibida por Seguros Bupa la solicitud de reembolso con la siguiente documentación:

- El Formulario de Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos, debe ser completado en todas sus secciones, incluyendo la Sección Declaración Médica que debe ser completada de puño y letra por el médico tratante e indicar el o los diagnósticos resultado de una consulta médica..
- Adjuntar formulario mencionado en punto anterior, documentos originales extendidos a nombre del paciente, tales como facturas, copias de afiliado de bonos, reembolsos u órdenes de atención, programas médicos y el detalle de prestaciones, en caso de hospitalización u otros.

Si usó bono debe adjuntar:

Bono original cliente, timbrado por la Isapre.

Si usó sistema de reembolso:

Comprobante de reembolso, (original cliente, no fotocopia) y fotocopia de boleta o factura.

Fotocopias de las Boletas que se reembolsan en las Isapres,

cuando las Isapres NO indiquen la fecha de la prestación (la fecha de la boleta) en el documento de reembolso emitido a nombre del afiliado.

Si la atención fue Urgencia:

El formulario de reembolso sólo debe ser llenado por el Asegurado Titular y adjuntar algún comprobante que especifique que fue atención de URGENCIA.

Si la atención corresponde a una continuación de tratamiento:

El formulario de reembolso solo debe ser llenado por el Asegurado Titular señalando el diagnóstico correspondiente a ello e indicar que la prestación corresponde a una "Continuidad de Tratamiento"

Reembolso Dental:

Para obtener los beneficios y solicitar su reembolso dental, debe haber sido contratado por su empresa y su dentista debe completar el formulario que se adjunta a este manual. Vida Security reembolsará sólo los tratamientos efectivamente terminados y pagados. Una vez realizado y pagado el tratamiento, se debe entregar a la compañía el formulario de reembolso dental con la información solicitada de puño y letra del Odontólogo tratante.

Con todo, la Compañía queda facultada para solicitar al Odontólogo tratante los antecedentes, tales como: radiografías de diagnóstico de alta y certificado de alta, modelos de diagnós-

ticos, fichas clínicas y los documentos adicionales que estime necesarios, para una correcta evaluación si fuera necesario. Además, podrá solicitar, con costo de la Compañía, exámenes y control dental antes, durante o después del tratamiento. La Compañía, a través de contraloría dental, quien se encarga del correcto uso de este beneficio, podrá en determinados casos, solicitar a usted presentarse a un examen clínico, al que deberá concurrir en un plazo máximo de 15 días desde su notificación. La no entrega de los antecedentes solicitados o la no presentación a una contraloría clínica dentro de los plazos estipulados, deja nula la solicitud de reembolso de los gastos presentados.

Reembolso Farmacia Ambulatoria:

En el caso que el seguro contratado incluya el beneficio de Farmacia Ambulatoria, se deberá enviar la receta médica original, escrita de puño y letra por el médico tratante, con el nombre completo del paciente. A dicha receta, debe adjuntar la boleta de la farmacia con el detalle de los medicamentos adquiridos, cantidad, valor unitario respectivo y total. Dicha boleta debe ser timbrada por la farmacia junto con la receta. Cuando la boleta sea escrita manualmente, donde aparece sólo el valor total, deberá acompañar el detalle de los medicamentos adquiridos, indicando el valor de cada uno de ellos y timbrado por la farmacia junto con la receta.

La cobertura de "Farmacia Ambulatoria" es solo para fármacos relacionados y necesarios para el tratamiento de la patología que activo el pago de beneficios, por un período máximo de un año, contada a partir de la fecha de ocurrencia del siniestro.

Para aquellas recetas a permanencia o por tratamiento prolongado, la primera vez que solicita el reembolso debe enviar la receta original. Para solicitudes posteriores, deberá adjuntar fotocopia de la receta original. Con timbre de la farmacia y junto a ella, la boleta por la nueva compra. Las recetas a permanencia deberán ser renovadas por el médico tratante cada seis meses.

Para recetas retenidas en farmacia, deberá enviar fotocopia de la receta original con timbre de la farmacia que indique RECETA RETENIDA o que señale que queda en poder del establecimiento por disposición del Servicio Nacional de Salud (S.N.S.)

En resumen, toda receta que sea a permanencia o retenida por la farmacia, debe ser fotocopiada, para que éstas sean presentadas en futuras Solicitudes de Reembolso, indicando claramente que se trata de una Continuación de Tratamiento. Hay que tener presente que siempre las fotocopias deben venir con el timbre original de la Farmacia.

¿Cómo hacer uso del seguro complementario de salud?

¿Cómo opera el reembolso?

Para solicitar reembolsos de las siguientes prestaciones, es requisito que hayan sido derivadas por un profesional médico, el cual debe extender una orden médica:

- Psicología.
- Tratamiento de Kinesiología.
- Fonoaudiología.
- Psicopedagogía

¿Qué gastos de farmacia están considerados?

La cobertura de gastos de farmacia se refiere a medicamentos curativos prescritos por su médico tratante y que se relaciona con un diagnóstico médico.

Los gastos de farmacia no considerados son:

- Homeopatía,
- Jabones y champús especiales,
- Filtros y lociones solares, aún con fines terapéuticos,
- Cremas faciales, aún con fines terapéuticos,
- Anticonceptivos,
- Sustitutos alimenticios, aún con fines terapéuticos,
- Insumos ambulatorios no asociados a cirugía ambulatoria
- Tratamientos para adelgazar.

Obtención de otros reembolsos

Para el reembolso de gastos por tratamiento o consultas de Psicología, Kinesioterapia, Fonoaudiología, Psicopedagogía, deberá adjuntar el reembolso o bonos emitidos por la Isapre o Fonasa.

¿De qué forma se obtiene reembolso por gastos efectuados por especialistas no médicos?

En caso de prestaciones de kinesiología, fonoaudiología, ultrasonido o ultratermia, el tratamiento debe ser derivado por el médico tratante: Adjuntar al Formulario de solicitud de Reembolso de Gastos médicos:

- Fotocopia de orden médica.
- Bono de Atención.
- Documento de Reembolso efectuado por la Isapre.
- Orden del médico.

¿Si mis dependientes y yo necesitamos Lentes Ópticos?

Una vez al año se puede obtener este beneficio. Reembolse en su Isapre y luego envíe:

- Formulario de Solicitud de Reembolso Gastos Médicos, adjuntando: Receta Oftalmológica
- Presupuesto detallando valor de marcos y cristales,
- Boleta de la óptica en caso de no ser reembolsada por la Isapre (timbrada " No Reembolso ")

Reembolso de Gastos de Hospitalización

Para la cobertura de Gastos de Hospitalización deberá adjuntar el programa de atención médica timbrado por la Isapre o Fonasa, y junto a éste, enviar:

- Bonos y/o reembolsos originales (copia original de l afiliado). (Reembolso de la Isapre por gastos de hospitalización y/o programa médico con los respectivos Bonos).
- Pre-Factura o Desglose del detalle de gastos incurridos durante la hospitalización (hoja computacional entregada por la clínica u Hospital).
- Factura emitida por la clínica.
- Fotocopias de las boletas de honorarios médicos si las hay.
- Factura o boleta clínica por diferencia no cubierta por Isapre o Fonasa.

¿Cuál es el plazo de presentación de gastos por hospitalización?

Cuando usted tenga un gasto hospitalario, es sugerible dar aviso dentro de 30 días a la compañía mediante el formulario de reembolso médico, debidamente completado por su médico tratante.

Una vez obtenidos los antecedentes de su cuenta hospitalaria, tiene 60 días para presentar a CruzBlanca.

Recuerde que antes de pasar dicho gasto a CruzBlanca, debe ser reembolsado por su sistema previsional.

Deberá informarse a la Compañía, dentro de este plazo y con certificado de la Institución Previsional de Salud o Institución de Atención Hospitalaria en el cual haya sido atendido el asegurado. El atraso por parte de éstos en la liquidación de los gastos deben ser presentados para su reembolso en Seguros Bupa.

En caso contrario, al exceder el período antes señalado, los gastos quedarán sin cobertura.



Gastos medicos y hospitalarios

1a sección: Declaración del Asegurado

Esta sección corresponde a datos del asegurado Titular (empleado de la empresa). Es importante la veracidad en todos los datos registrados y que se escriban con letra clara y legible. La responsabilidad de que esta sección esté completa, será del asegurado titular. Esta declaración debe contener:

- RUT. Del Asegurado Titular.
- Nombre de Asegurado Titular (empleado asegurado).
- Nombre del paciente: titular, cónyuge o hijo.
- Isapre o Fonasa a la cual pertenece.
- Relación de parentesco: indicar parentesco del paciente con titular.
- Fecha de nacimiento: indicar fecha de nacimiento del paciente.
- Síntomas que originaron la visita al médico :describir con palabras sencillas, la dolencia o las causas que motivaron la consulta médica.(Ej.: tos, fiebre, dolor de espalda, etc.)
- Fecha de los primeros síntomas.
- Fecha efectiva del gasto.
- N° documentos: en esta sección, debe indicar cantidad de documentos que está enviando para reembolsos, número de boletas ,bonos, comprobantes de gastos, programa médico, etc.
- Monto del gasto a cobrar a la Compañía: en esta sección, debe indicar el monto que está reclamando a la Compañía.
- Fecha de presentación de gastos a la empresa: en esta sección, debe señalar la fecha en que hizo entrega de la solicitud de reembolso en su empresa.
- Firma del asegurado.

- En caso de continuación de tratamiento: completar sólo la primera y tercera sección del formulario (siempre que la enfermedad esté registrada en Vida Security), haciendo referencia al diagnóstico anterior.
- Este dato se debe completar cada vez que se presenten gastos médicos que tengan relación con algún reclamo presentado anteriormente por el mismo diagnóstico (continuación de tratamiento). Si no se indican los antecedentes solicitados en este ítem, el gasto será rechazado por no contener la Declaración Médica y no indicar continuidad de tratamiento alguno.

En caso de accidente: En este campo deberá describir el accidente, cómo ocurrió y fecha del accidente.

Lugar donde ocurrió: Si no se especifica, el gasto será devuelto solicitando la información requerida.

Si no se especifican todos los datos anteriores, el gasto será devuelto solicitando se reingrese con la información requerida.

En caso de tratarse de accidente de trabajo o trayecto, los gastos médicos deberán ser cancelados en su totalidad por la Organización de Seguridad Laboral convenida con su empresa (ACHS, Mutual, IST. etc.) En este tipo de accidente, no corresponde bonificación por parte del seguro.

En el caso de accidente de tránsito, los gastos médicos deberán ser presentados en primera instancia a la Compañía Aseguradora donde el vehículo tenga vigente la póliza contratada para el Seguro Automotriz Obligatorio (S.O.A.P.). Posteriormente, si existen excedentes no cubiertos, remitir estos gastos con el reembolso de la Compañía de Seguros (S.O.A.P.) a su Isapre.

Una vez obtenidos los reembolsos de su Isapre o Fonasa, deberá enviar la documentación de respaldo de la liquida-

ción del seguro S.O.A.P. ,en fotocopias más la liquidación original de la Isapre a Seguros Bupa, donde existirá bonificación siempre y cuando haya quedado un excedente no cubierto por los beneficios anteriores

2a sección: Declaración Médica

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

- Nombre del paciente.
- Edad.
- Fecha de la primera consulta: indica día/ mes/ año.
- Marcar si la consulta se debe a un embarazo. Si es positiva la respuesta, indicar la fecha de concepción.
- Si la consulta es por otra causa, indicar y especificar fecha de los primeros síntomas.
- Diagnóstico y fecha del diagnóstico (día/mes/año).
- Tratamiento indicado; detallar el tratamiento que se efectuó o efectuará, paciente, medicamentos, exámenes, etc.
- R.U.T. del profesional médico.

- Nombre completo del profesional médico.
- Especialidad.
- N° registro en el Colegio Médico.
- Teléfono.
- Fecha de atención: indicar día/mes/año de la atención.
- Firma del profesional médico.

3° Sección: Declaración del Empleador

Esta sección debe ser completada por el Representante de la Empresa Contratante, Encargado de Personal, de Recursos Humanos, etc., en definitiva, por la persona que administra el seguro en su empresa.

- Nombre de la Empresa.
- N° de la póliza.
- Fecha de despacho, indicar fecha de despacho de las Solicitudes de Reembolso a la Compañía.
- Timbre de la empresa y/o firma del encargado.

Gastos Dentales

Si este beneficio fue contratado por su empresa, Seguros Bupa reembolsará los gastos razonables y acostumbrados en el porcentaje y hasta los topes establecidos en la póliza de acuerdo a su plan de beneficios.

**Carencia: Existen tratamientos en los cuales existen periodos de carencia (tiempo en el cual no se puede hacer uso de esta cobertura).*

El formulario de reembolso dental, debe ser llenado de puño y letra por el asegurado y el Odontólogo tratante, en la sección de tratamiento recibido y gasto efectuado, indicando claramente la información solicitada. Siempre es necesario adjuntar la(s) boleta(s) de honorarios.

Sección Declaración del asegurado y paciente.

- Debe ser llenado de puño y letra por el asegurado titular.
- Debe indicar su R.U.T.
- Nombre del Asegurado Titular.
- Debe anotar al paciente asegurado que efectuó el gasto.
- Indicar Isapre a la cual pertenece el paciente.
- Relación de parentesco del paciente con el titular.
- Fecha de nacimiento del paciente.
- Síntomas que originaron la visita al dentista.
- Firma del profesional.
- Fecha efectiva del gasto.
- Continuación del tratamiento (indicar sí o no).
- Completar correctamente el formulario permitirá mayor agilidad en el pago de gastos dentales.

Exclusiones:

Algunas exclusiones son:

Tratamientos correctivos de malformaciones correctivos de malformaciones genéticas o hereditarias, secuelas de

enfermedades, tratamientos defectuosos, iatrogenia o traumatismos que se hayan producido con anterioridad a la fecha de vigencia inicial del Asegurado en la presente cobertura. Tratamientos de Cirugía Maxilofacial en lesiones de origen traumático efectuadas intrahospitalariamente o en servicios de urgencia por médicos cirujanos o por odontólogos con especialidad en Cirugía Maxilofacial.

Tratamientos con objetivo únicamente estéticos, tales como:

- Tratamientos de ortodoncia con Braqu岸ts Cerámicos.
- Blanqueamiento de piezas dentarias vitales.
- Carillas, Coronas y obturaciones, cuando el único objeto de la realización o el cambio de ellos ha sido la estética.
- Otros tratamientos con fines estéticos.

Procedimientos dentales realizados por dentistas no habilitados, ni autorizados legalmente para practicar la odontología humana.

Por el reemplazo de cualquier dentadura no natural, puente u otro aparato odontológico antes de cinco (5) años de instalados.

Por exámenes bucales periódicos o profilaxis dentro de los seis (6) meses después de un procedimiento similar anterior.



¿De qué forma puedo hacer uso de mis beneficios en línea?

I-MED

Uno de los beneficios en línea es IMED.

IMED es un modelo tecnológico a través del uso de la huella dactilar del asegurado.

El seguro opera directamente en el prestador de salud a través de la compra electrónica de bonos vía IMED, donde la Compañía aplicará los porcentajes de reembolsos, topes y deducibles del plan de tu póliza en forma automática, sin necesidad que hagas ningún trámite posterior. De esta forma sólo pagarás el copago final después que haya operado tu sistema de Salud Previsional, y la cobertura de tu Seguro CruzBlanca.

¿Qué se requiere para activarlo?

- Tener habilitada la huella en agencia Isapre /Fonasa (titular y cargas)
- Informar a la Compañía el Rut de sus cargas vigentes en el seguro

Ventajas

- El asegurado maximiza la cobertura de su Isapre y la de la Compañía de Seguros.
- Evita el uso de la Solicitud de Reembolso de gastos médicos, y fomenta el uso del BONO
- Disminuye el copago final del asegurado
- El asegurado tendrá Cero trámite con la Compañía de Seguros, es INMEDIATO.

Si por alguno motivo no opera IMED debe presentar el gasto mediante el sistema tradicional.

Asegúrate que la transacción se completó satisfactoriamente; lo podrás verificar en el bono ubicando el nombre de Seguros Bupa.

IMED es un servicio que no constituye cobertura, el criterio para su aplicación es de absoluta discreción de la compañía.

Ventanilla única en Clínicas

En caso de hospitalización en alguna clínica en convenio, podrás acceder al beneficio de ventanilla única, el cual consiste en la bonificación del seguro después de haber aplicado la cobertura de su sistema previsional (Isapre o Fonasa), gestionándose internamente la aplicación del seguro, según los porcentajes, topes y deducibles del plan de tu póliza.

Importante: Para acceder a este beneficio no podrán ser hospitalizaciones o tratamientos preexistentes no cubiertos por la póliza. Este convenio se aplica sólo para afiliados a Isapre y sólo cuando esta tramita en forma directa la emisión de bonos con la clínica.



Seguros

