

**INFORMATIVO PROCEDIMIENTO PARA SOLICITAR REEMBOLSOS GASTOS MEDICOS
SEGURO ACCIDENTES PERSONALES ALUMNOS COLEGIO ALEMÁN DE VALPARAÍSO 2022**

Sr. Apoderado:

Le informamos como hacer uso del Convenio de Atención Médica que brinda atención ante posibles Accidentes que sufran los Alumnos del **Colegio Alemán de Valparaíso**.

Modalidades:

1. **Convenio Cerrado:**

En esta modalidad el alumno accidentado será atendido por la Institución médica en convenio realizando la bonificación directa de los gastos médicos a través de canales online, dependiendo del Sistema previsional de Salud que posea el alumno (Isapre, Fonasa u otro), debiendo el apoderado pagar aquellos gastos médicos que no sea posible procesar en línea para luego solicitar el reembolso de dichos gastos a través del Liquidador Previsa Ltda. con los respectivos respaldos del gasto incurrido.

Bajo esta modalidad los asegurados podrán recurrir a los siguientes centros médicos en convenio:

INSTITUCION SALUD	DIRECCIÓN	TELEFONO
Clínica Reñaca	Anabaena 336, Reñaca, Viña del Mar	2658000
**IST Viña del Mar	Alvarez 662 - Viña del Mar	2262000
**IST Con Con	Blanca Estela 58 Con Con	2518606
Centro del Trauma	Calle Quinta 365 Viña del Mar	2806901

** IST en caso que la atención requiera de Hospitalización, sólo atiende mayores de 18 años.

** Las Isapres Cruz Blanca y Nueva Más Vida, NO tienen convenio vigente con el IST.

2. **Libre Elección:**

Bajo esta modalidad, el asegurado podrá recurrir a cualquier establecimiento de salud pública o privada en caso de accidente del alumno, debiendo financiar la atención de forma privada, pagando la atención y en forma posterior solicitar el reembolso de los gastos médicos a la aseguradora mediante una Solicitud de Reembolso acompañada de los respaldos del gasto incurrido, a través de un correo electrónico dirigido a **Previsa Ltda.** (Liquidador asignado para el Convenio de Accidentes)

Debido a la contingencia sanitaria, NO es posible realizar la tramitación de forma presencial, por lo que todas las solicitudes de reembolso deben hacerse vía correo electrónico, adjuntando el Formulario de Mapfre y la documentación que respalde el gasto, dirigido a las siguientes personas:

Encargado	Correo Electrónico	TELEFONO
Juan Landaia	jlandaida@previsa.cl	+569 9276 8940
Elena Fredes	efredes@previsa.cl	+569 8923 2691

3.- **Gastos Ambulatorios**

- Llenar Formulario de Solicitud de reembolso (formulario al final de este instructivo)
- Adjuntar todos los comprobantes originales del gasto realizado, escaneados o digitalizados en fotografías (documentos legibles)

(Importante: Guarde de todos modos los originales físicos, como respaldo de lo enviado vía e-mail.)

4.- Gastos de Hospitalización

- Llenar Formulario de Solicitud de reembolso (Formulario al final de este instructivo)
- Adjuntar los comprobantes originales de los Gastos incurridos o los respaldos de los gastos ya bonificados por su sistema previsional de salud:

Por tratarse de Gastos hospitalarios debe acompañar necesariamente:

- ✓ Detalle de Cuenta emitido por la Clínica
- ✓ Informe de Epicrisis emitido por la Clínica
- ✓ Detalle de los Reembolsos pagados por su Isapre
- ✓ Copia de facturas y Boletas incluidas las ordenes médicas
- ✓ Recetas y boletas de compra de medicamentos (si los hay)

Tenga presente que:

- ✓ Cuando la Clínica le entregue el detalle de los gastos, los debe presentar a su Isapre para la compra de los Bonos y,
- ✓ Pagar la Cuenta en la Clínica (estos documentos y los anteriores se deben enviar escaneados)

En el Correo electrónico que se envía a Previsa Ltda., debe indicar claramente los datos de la persona a la que se debe pagar los gastos:

- Nombre completo
- Rut
- N° Cuenta Bancaria (tipo de cuenta)
- Banco
- Correo electrónico
- Número de celular

Plazo de Presentación de Gastos:

El plazo máximo para la presentación de la solicitud de reembolso de Gastos médicos a Mapfre Seguros. es de **30 días contados desde la fecha de ocurrencia del accidente**. Por lo anterior, se recomienda notificar el siniestro a Previsa Ltda. tan pronto tenga conocimiento de la ocurrencia.

**MAPFRE****SEGUROS****DENUNCIA DE SINIESTROS MAPFRE
SEGUROS ACCIDENTES PERSONALES**

POLIZA N°

N°

NOMBRE CONTRATANTE

RUT

DATOS DEL ASEGURADO

Nombre / Apellido Paterno / Apellido Materno

RUT

Diagnostico

Fecha del Accidente

Edad

Teléfono

Consignar causa y relato del accidente (detallar lugar, día y hora)

DATOS A COMPLETAR POR MEDICO TRATANTE

Detallar diagnóstico (medicamentos, exámenes de laboratorio, radiográficos, ultrasonido, otros)

Nombre Medico :**Firma y Timbre Médico:**

--

--	--	--	--	--

BENEFICIARIO

RUT

CORREO ELECT

GASTOS MEDICOS

v Bonos, reembolso o Boletas Originales

FECHA DE RECEPCION COMPAÑIA

Firma del Asegurado Titular