

Tú y quienes más amas, ya están protegidos

En Letra Grande y Simple



Bienvenido

Desde hoy tú y los que más quieres cuentan con todo el respaldo del Seguro Complementario de Salud MetLife.

En las siguientes páginas encontrarás información que te ayudará a entender y utilizar mejor todos los beneficios de este seguro.

Conéctate a www.metlife.cl

1 Ingresa a www.metlife.cl y dirígete a "Inicia Sesión".

A screenshot of the "Acceso para Clientes" login form. It includes a dropdown menu for "Perfil", a text input field for "Ingresa tu RUT", another text input field for "Ingresa tu Clave de Acceso", a link for "¿Olvidaste tu Clave de Acceso?", and a "LOGUEAR" button.A screenshot of the "Acceso para Clientes" login form. It includes a dropdown menu for "Perfil", a text input field with the pre-filled RUT "12.345.678-9", a text input field for the password, a link for "¿Olvidaste tu Clave de Acceso?", and a "LOGUEAR" button.

- Si ingresas por primera vez, tu clave será los últimos 4 números de tu RUT antes del dígito verificador.
- Si ya tienes un seguro con nosotros o una clave habilitada, ingresa con tu RUT y clave.

2 Una vez que ingreses, haz click en “Actualizar Antecedentes” para recibir información de tu seguro.

Tus reembolsos llegarán a tu casilla de e-mail.

Podrás recuperar tu clave de acceso por correo electrónico.

Tus reembolsos llegarán a la cuenta bancaria que tu informes.

3 | Nuestros servicios en línea son:

• 3.1 Mis Productos

Revisa tus pólizas vigentes.



MetLife
PORTAL DE INFORMACIÓN DE PÓLIZAS

Nombre : Pedro Samuel Brocero Vanez
RUT : 5.752.132-5

Mis Productos

Resumen

- > Mis Productos
- > Cambiar Clave

Colectivos

- > Número Póliza: 340002482
- > Información Póliza
- > Estado de Liquidaciones
- > Formularios
- > Contáctenos

Número Póliza	Contratante	Vigencia Desde	Vigencia Hasta
340002482	COLEGIO DEL VERBO DIVINO	01/05/2012	30/04/2013

• 3.2 Cambiar Clave

Crea una nueva contraseña.



Cambio de Clave

Clave

Ingrese datos a modificar

> Clave Actual:

> Clave Nueva:

> Reingrese Clave Nueva:

Guardar

Información

Su clave nueva debe cumplir con las políticas de seguridad:

Claves Válidas

- Que contenga al menos 6 caracteres.
- Que contenga letras [A-Z]
- Que contenga números [0-9]

3.3 Información de Póliza

- Conoce tu número de Póliza y su vigencia.
- Verifica tus cargas

Información de Póliza


Colectivos

Póliza de Colectivos

Datos Póliza

Asegurados

Intermediarios

Coberturas

> Número de Póliza	340002452
> Nombre Contratante	COLEGIO DEL VERBO DIVINO
> RUT	81428600-2
> Fecha Inicio Vigencia	01/05/2012
> Fecha Término Vigencia	30/04/2013

3.4 Estado de Liquidaciones

Consulta el estado de tus reembolsos y los de tus cargas.

Liquidaciones Pagadas


Colectivos

Seleccione

> Beneficiarios

Grupo 1 - BRICEÑO YAÑEZ PEDRO SAMUEL

> Últimas Liquidaciones

10

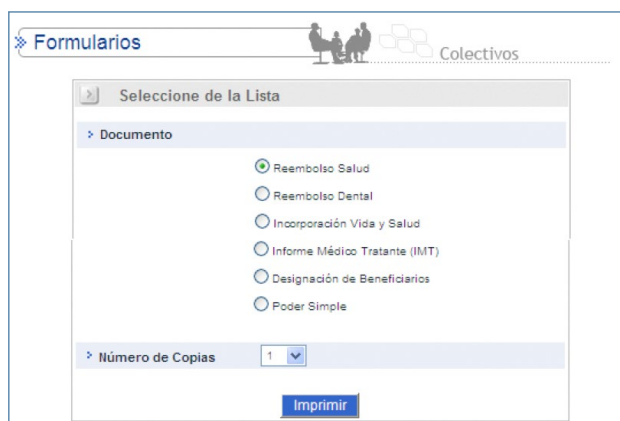
Buscar

Liquidaciones Pagadas

Nº Liq	Asegurado	Fecha Recepción	Fecha Pago	Deducible	Total Pagado	IMED
60845132	Briceño Yañez Pedro Samuel	20/03/2012	22/03/2012	\$0	\$41.257	
7071812	Briceño Yañez Pedro Samuel	20/12/2011	22/12/2011	\$0	\$1.085.415	

• 3.5 Formularios

Descarga de Formularios de Reembolso y Designación de Beneficiarios, entre otros.



4 | Recuperación de Clave

En metlife.cl, haz click en “¿Olvidó su clave?” e ingresa tu RUT con dígito verificador.

Si tienes tu correo registrado, tu nueva clave será enviada directamente, de lo contrario llama al teléfono 600 390 3000.

Tus reembolsos ahora en la palma de tu mano

Reembolsa los gastos médicos de tu Seguro de Salud Colectivo desde la comodidad de tu Smartphone, con nuestra nueva App MetLife Móvil, que te ayudará a realizar diversas acciones relacionadas a tu seguro sin importar dónde estés. Una innovación de MetLife para facilitar tu vida y la de tu familia.

A través de la App podrás:

- Solicitar reembolsos de gastos ambulatorios por consultas, exámenes y medicamentos.
- Disponer de tus credenciales de beneficios (Tarjetas de farmacia y Asistencia legal).
- Actualizar tus datos (Cuenta bancaria, e-mail y número de teléfono).
- Encontrar los prestadores más cercanos.

¡Te invitamos a descargar la nueva App MetLife Móvil!



Disponible en



Cómo hacer tus reembolsos

1 | Reembolso automático con I-MED*

El seguro se activa directamente, al momento de la compra del Bono Digital, reconociendo tu huella digital vía I-MED, aplicando automáticamente los porcentajes de reembolsos, topes y deducibles de tu póliza, sin necesidad que hagas ningún trámite posterior.

Asegúrate que la transacción se haya efectuado correctamente revisando la sección: "Aportes Complementarios" o "MetLife" de tu bono, como se ve a continuación:

Cruz Blanca		BONO DE ATENCION AMBULATORIA				988556289	
Fecha Emisión	: 03/02/2011	Hora	: 11:37	Convenio	: 13.500	Integramedica Centro	
Afiliado	: [REDACTED]			Plan/Grupo Ingreso	: 3VT2600608		
Beneficiario	: [REDACTED]			Edad	: 23	SEXO	: M
DIRECCION	: [REDACTED]						
Prestación	H	I	Cant.	Valor Total	Bonificación Financiaci	Aporte S.Complem.	Copago del Beneficiario
0101820 GASTROENTEROLOGIA	N		1	17,688	12,382	4,245	1,061
TOTALES				17,688	12,382	4,245	1,061
MetLife				:	4,245		
Saldo copago del Beneficiario				:	1,061		
PROFESIONAL / INSTITUCION : [REDACTED]				INTEGRAMEDICA CENTROS MEDICOS S.A.			
MEDICO TRATANTE : [REDACTED]							
Firma Beneficiario				Firma Profesional/Institución			
EMISOR :	2,001-K	HORA :	11:37	VALIDO SOLO PARA LA FECHA DE EMISION			
				988556289			

*Convenios no constituyen cobertura de Seguros y son de responsabilidad exclusiva de quien los otorga.

2 | Ventanilla única en Clínicas

En caso de hospitalización en alguna clínica en convenio, podrás acceder al convenio de **ventanilla única***, el cual consiste en la bonificación del seguro por parte de la Compañía, después de la cobertura de tu Isapre, sin necesidad de que tu nos presentes los gastos, quedando sólo tu copago final, el cual pagas directamente al prestador, sin la necesidad de presentar los gastos a la compañía.

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

Para mayor información puedes revisar en la sección “Servicios y Convenios MetLife”.

Conoce tu seguro

- El seguro complementario de salud reembolsa tus gastos médicos y los de tu grupo familiar, luego de que haya operado tu sistema de salud previsual (Isapre/Fonasa) y se haya consumido tu deducible. Esto incluye prestaciones ambulatorias, hospitalarias, maternidad, salud mental, entre otras.

No olvides que al ser un seguro contratado por tu empresa puedes dirigirte a Recursos Humanos para solicitar más información acerca del seguro complementario de salud. De este modo conocerás todos los detalles.

- Puedes encontrar el plan de beneficios adjunto a este manual.
- Infórmate sobre las condiciones de coberturas y exclusiones en el portal de clientes de MetLife o en el área de Recursos Humanos de tu empresa.
- **¿Qué pasa cuando no existe cobertura de Isapre o Fonasa?**

El reembolso operará sobre el 50% de los gastos efectivamente incurridos, a los cuales se les aplicarán los porcentajes y topes del plan contratado.

- **¿Qué es el deducible?**

Es la parte de los gastos que son de cargo del asegurado. El período de acumulación del deducible es anual y se consumen automáticamente con los primeros reembolsos.

- **¿Quiénes podrán ser mis cargas y hasta cuándo en este seguro?**

Las cargas pueden ser: cónyuge o conviviente, si lo contempla la póliza, hasta los 65 años e hijos menores de 18 años, hasta que cumplan los 23 años y 364 días, siempre que se encuentren estudiando y sean dependientes económicamente del titular u otro que autorice la póliza contratada.

- **¿Hasta cuándo cubre este seguro?**

Titulares y cargas cónyuge podrán estar vigentes hasta cumplir los 65 años (o lo que indique la póliza) y las cargas hijo, hasta cumplir los 24 años (o lo que indique la póliza).

- **¿Cuál es el plazo para presentar los siniestros?**

30, 60 o 90 días, según indique la póliza, contados desde la fecha de emisión del documento que da cuenta del gasto médico.

- **¿Cómo se solicita el reembolso de gastos médicos cuando no opera I-MED?**

1. Completa el formulario “Solicitud de Reembolso de Gastos Médicos”, preocupándote de individualizar al asegurado, diagnóstico, firma y timbre del médico tratante.
2. Envía los documentos al Departamento de Recursos Humanos o a la persona designada por la empresa contratante, adjuntando los respectivos documentos originales (boletas, bonos de reembolso, etc.).
3. En el caso de los medicamentos ambulatorios, debes enviar la receta médica original adjuntando la boleta o detalle timbrado por la farmacia.
4. En el caso de medicamentos con recetas de uso permanente, deberás fotocopiar las mismas para ser presentadas en futuras solicitudes que hagas a la Compañía. Los gastos con receta retenida, podrán ser presentadas con fotocopia de la receta debidamente timbrada por la farmacia.

Esta es tu solicitud de reembolso

Solicitud de reembolso de gastos médicos

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE O RAZÓN SOCIAL:	N° PÓLIZA:
NOMBRE ASEGURADO TITULAR:	RUT ASEGURADO TITULAR:
NOMBRE PACIENTE:	MAIL:
RELACIÓN CON ASEGURADO TITULAR:	SISTEMA PREVISIONAL:
<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> _____
MOTIVO REEMBOLSO:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Continuación Tratamiento	

Enfermedad o continuación tratamiento indicar diagnóstico:

Accidente:

Lugar de Ocurrencia:

☐ Casa ☐ Trabajo ☐ Vehículo particular ☐ Otro (especifique) _____
☐ Trayecto/casa/trabajo ☐ Transporte Público

Fecha y hora de accidente: _____ Lugar primera atención de urgencia: _____

Descripción de cómo ocurrió el accidente: _____

TOTAL GASTOS PRESENTADOS	CANTIDAD DE DOCUMENTOS ANEXOS	FECHA DE SOLICITUD	FIRMA ASEGURADO TITULAR

DECLARACION MÉDICO TRATANTE

NOMBRE PACIENTE:	FECHA ATENCIÓN:	FECHA DIAGNÓSTICO:
DIAGNOSTICO (si es embarazo indicar FUR y semanas de gestación):		TRATAMIENTO: Medicamentos/Exámenes/Otros Especifique:
RUT PROFESIONAL:		NOMBRE PROFESIONAL:
ESPECIALIDAD:	ICM:	FIRMA Y TIMBRE PROFESIONAL:

Por este medio certifico que las declaraciones son verídicas y faculto a la Compañía de Seguros a requerir a mi médico tratante y establecimientos médicos acerca mis antecedentes médicos o los de mis asegurados dependientes, como también autorizo a los facultativos e instituciones a entregar a la misma todos los antecedentes conforme a lo dispuesto la Ley N° 19.628 con el objeto de hacer efectiva la cobertura asociada al seguro.

a) Los beneficios otorgados por el seguro de salud son complementarios a los entregados por el sistema de salud previsional del asegurado. En consecuencia, de las prestaciones no cubiertas por el sistema de salud previsional, deberá incluir en el comprobante de gasto el timbre de la institución que indique no bonificado o sin cobertura.

b) Todas las comunicaciones sean al asegurado o a los beneficiarios, se efectuarán a la dirección de correo electrónico informado en el presente formulario. En caso de oposición, las notificaciones se efectuarán mediante carta certificada al domicilio informado.

c) A usted le asiste el derecho a solicitar que la liquidación sea practicada por un liquidador registrado, en reemplazo del la liquidación de la compañía de seguros. En tal caso deberá informar su decisión por escritor, dentro del plazo de 5 días contados desde la fecha de la presente denuncia.

• Datos del asegurado

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO	
NOMBRE EMPRESA CONTRATANTE O RAZÓN SOCIAL:	N° PÓLIZA:
NOMBRE ASEGURADO TITULAR:	RUT ASEGURADO TITULAR:
NOMBRE PACIENTE:	MAIL:
RELACIÓN CON ASEGURADO TITULAR:	SISTEMA PREVISIONAL:
<input type="checkbox"/> El mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____	Fonasa <input type="checkbox"/> Isapre <input type="checkbox"/> Otro (especifique) <input type="checkbox"/> _____
MOTIVO REEMBOLSO:	
<input type="checkbox"/> Enfermedad <input type="checkbox"/> Embarazo <input type="checkbox"/> Accidente <input type="checkbox"/> Continuación Tratamiento	

• Declaración y firma del médico tratante

DECLARACION MÉDICO TRATANTE		
NOMBRE PACIENTE:	FECHA ATENCIÓN:	FECHA DIAGNÓSTICO:
DIAGNOSTICO (si es embarazo indicar FUR y semanas de gestación):		TRATAMIENTO: Medicamentos/Exámenes/Otros Especifique:
RUT PROFESIONAL:		NOMBRE PROFESIONAL:
ESPECIALIDAD:	ICM:	FIRMA Y TIMBRE PROFESIONAL:

