



# Departamento de Reclamaciones

## Manual para el asegurado

### Como tramitar un reclamo por reembolso

Deben enviar las facturas a la dirección de correo **reclamacionescr@assanet.com**, no se aceptan copias, reimpressiones, comprobantes provisionales ni comprobantes del Ministerio de Hacienda. La factura debe de venir a nombre del paciente (si es menor de edad deben de venir a nombre del titular o conyugue siempre y cuando se encuentre en póliza)

### Adicionalmente, deberá adjuntarse:

- Recetas de medicamentos, indicaciones de exámenes de laboratorios, ultrasonidos o procedimientos. (según el servicio brindado). Vigencia 6 meses
- El desglose de la factura
- El formulario médico (reembolso) parte A y parte B. Vigencia 1 año
- El cuadro de la parte B del formulario "describa los procedimientos y servicios brindados" puede ser utilizado para recetar medicamento, indicar laboratorios, exámenes de diagnóstico o procedimientos.
- Y como buena práctica, guardar copia (foto, escáner)
- Se aceptan Tiquetes electrónicos



**TODO SE DEBE ENVIAR EN 1 SOLO ARCHIVO EN FORMATO PDF**

## Formulario Médico (reembolso)

- Se debe presentar completamente lleno, firmado por el asegurado y por el médico que lo atendió, con su respectivo sello y con el código del médico.
- La parte A la completa el asegurado y la parte B el médico tratante, siendo específico en el diagnóstico del asegurado, en el tiempo de evolución de este, y el mecanismo de trauma en caso de accidente (qué, cómo, cuando, donde).
- La fecha del formulario debe coincidir con la fecha del servicio.
- Cuando es un tratamiento de continuidad (medicamentos) o terapias físicas. Se puede presentar el mismo formulario solamente debe indicar **"Continuidad de tratamiento"**
- La parte B del formulario debe de venir firmado por el médico tratante, los fisioterapeutas **NO** pueden firmar el formulario.

## Precertificación (Pago Directo)

- El Asegurado debe llamar al Call Center tel. 4052-3030 para notificar el evento, con la finalidad de realizar una coordinación del servicio, con un médico o centro médico hospitalario de la RED de Proveedores preferenciales.
- Para pre-certificar o coordinar un servicio, el asegurado debe presentar o enviar las notas médicas y soportes necesarios a la unidad coordinadora, quien evalúa el servicio requerido antes de recibir la asistencia médica.
- Si la coordinación es un procedimiento, cirugía, parto, etc., deberá llenarse un formulario de pre-notificación y enviarlo vía correo electrónico al call center a la siguiente dirección electrónica: **preautorizacion@assanet.com**
- Una vez evaluado y aprobado el servicio, la unidad coordinadora envía al médico o centro hospitalario de Red con el cual se coordinó el servicio, el documento correspondiente, indicando claramente servicio o procedimiento y monto máximo de cobertura, así como deducible, coaseguro o copago, si aplicara.

## Por Desmembramiento

El asegurado debe presentar el certificado médico correspondiente en el que conste la pérdida sufrida (conforme a la tabla de indemnizaciones del contrato de seguro), la fecha de la pérdida y el tipo de accidente que ocasionó la pérdida.

## Por fallecimiento natural o accidental del Asegurado o su Cónyuge:

La Compañía, pagará la indemnización correspondiente de acuerdo con lo establecido en las Condiciones de la Póliza, debiendo el o los Beneficiarios designados en la póliza presentar los siguientes requisitos:

- El Formulario de Reclamación por Muerte firmado por el beneficiario.
- El Certificado de Defunción Oficial emitido por el Registro Civil o Registro equivalente si la muerte se produce fuera de Costa Rica, que indique las causas del fallecimiento.
- Fotocopias certificadas de los documentos de identificación del Asegurado fallecido y su (sus) beneficiarios.
- En caso de que el fallecimiento haya sido accidental, deber aportarse copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.
- Información escrita y firmada por el Beneficiario sobre los Centros Médicos donde fue atendido el Asegurado.
- Formulario de Autorización para consulta de expedientes trámite de reclamaciones por muerte, debidamente completado y firmado.

## Por Incapacidad Total y Permanente

1. Solicitud de indemnización que indique el nombre del Asegurado, número de cédula o documento de identificación, fecha de inclusión al seguro y suma asegurada.
2. Fotocopia de cédula o del documento de identificación del Asegurado, por ambos lados.
3. Certificado médico en el que se determine que el Asegurado tiene una pérdida del sesenta y siete por ciento (66.66%) o más de su capacidad orgánica o funcional que le impida desempeñarse en su profesión o actividad habitual.

Dicho certificado debe contener el diagnóstico, evolución y la fecha exacta de la valoración médica que determinó la condición de incapacidad total y permanente y que la condición es irreversible, o sea que no hay posibilidad de mejora o que no es sujeta a una nueva revisión médica.

4. Si la incapacidad se produjo por un accidente, deber aportar copia del expediente judicial, así como la copia certificada de la autopsia, y pruebas de laboratorio forense sobre alcohol, drogas o sustancias tóxicas.

**Presentar alguno de los siguientes documentos que comprueben su condición laboral, en el momento de haber sido declarado con incapacidad total y permanente:**

1. Copia del contrato de servicios autenticado por un abogado.
2. Copia de la declaración anual del impuesto de la Renta presentado en Tributación Directa.
3. Constancia del patrono, en que conste el puesto que desempeñaba, la fecha de ingreso y la fecha de retiro por incapacidad total y permanente.

**Si el Asegurado tiene menos de dos años de haber ingresado al seguro, debe:**

1. Indicar por escrito los centros médicos en donde ha sido atendido.
2. Boleta de autorización de revisión de expediente suministrado por la compañía.
3. Si fue atendido en centros médicos privados, deber aportar certificados médicos emitidos por profesionales médicos que le han atendido, incorporados al Colegio Profesional respectivo, donde anote la sintomatología, diagnósticos y evolución de padecimientos cronológicamente.

En caso de desmembramiento o incapacidad total y permanente la Compañía podrá efectuar revisiones médicas para comprobar la condición de los asegurados y verificar las pérdidas alegadas.

Todos los beneficios y coberturas están sujetos a las condiciones, limitaciones y exclusiones indicadas en las condiciones generales del contrato de seguros.

## Liquidación de reclamos

- Una vez procesado el reclamo, se adjunta el EOB (explicación de beneficios), en el cual se detalla la liquidación de cada factura presentada.
- Los reclamos se liquidan en 10 días hábiles (no cuenta sábados, domingos ni feriados) siempre y cuando el reclamo se encuentre completo.
- En las NOTAS del EOB, se detalla el número de factura, si se cubrió, si se denegó, si se aplicó al deducible, tipo de cambio.
- Se liquidará según los precios de URA (usual, razonable y acostumbrado) estipulados para cada servicio y el impuesto que se pagará será proporcional al monto cubierto.
- Si presenta cuenta en dólares se liquida por medio de transferencia de lo contrario se liquidará por medio de cheque. (Para realizar las transferencias se requiere el número de cuenta IBAN, llenar el formulario correspondiente y enviarlo al correo [isdiaz@assanet.com](mailto:isdiaz@assanet.com), [squiros@assanet.com](mailto:squiros@assanet.com))
- Se pueden realizar pagos a terceros deben presentar (carta de autorización del titular de la póliza, copia de ambas cédulas de identidad). En el caso de una empresa deben presentar (personería jurídica, carta de autorización, copia de ambas cédulas)
- Se pueden realizar pagos a cuentas internacionales, deben solicitar el formato para dichas cuentas y completar la información (asegurado debe asumir la comisión que cobre su entidad bancaria por el cambio de divisa)

## Responsabilidad del Asegurado

El asegurado debe cubrir en primera instancia su deducible. **Es decir, los primeros gastos se irán a este rubro.**

- Debe cubrir el coaseguro o copago establecidos en la póliza. Este se aplica una vez cubierto el deducible.
- Debe cancelar los gastos no cubiertos o excesos de URA.

## Penalidad

- Todo gasto mayor a \$300 que sea realizado en un proveedor que **no pertenece a la Red de proveedores** debe pre-notificarse (por medio del correo [preautorizacion@assanet.com](mailto:preautorizacion@assanet.com) avisar que va a presentar el siniestro). De lo contrario al momento de liquidar se penalizará con un 30%.
- Si el gasto supera los \$300 pero se realizó con un proveedor de la Red No tiene necesidad de prenotificar.

