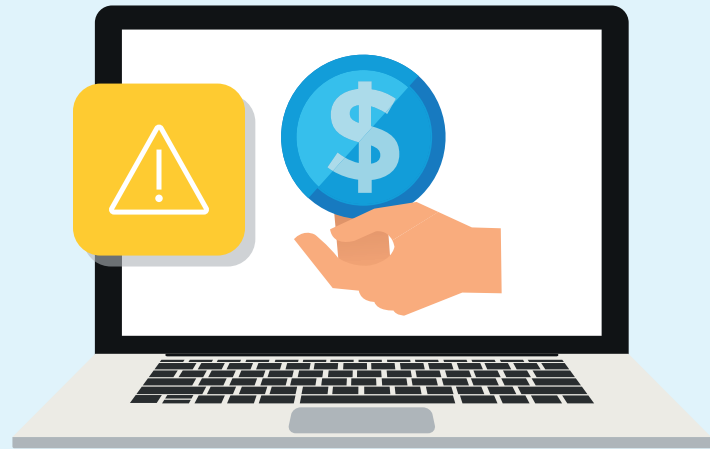




Seguros

# ¿Por qué la compañía rechazó mi reembolso?

Conoce las principales causas de rechazo de reembolso y qué hacer en cada caso.



## Se deben presentar antecedentes adicionales

**Esta causa indica que para la evaluación del reembolso hace falta documentación,** te recomendamos revisar la liquidación para verificar la documentación solicitada. Para poder obtener este reembolso es necesario volver a cargar los datos en la web y en la app en una nueva solicitud, cargando toda la documentación (*incluyendo la enviada en la solicitud anterior*).



## Los gastos deben ser reembolsados en Isapre / Fonasa

**El reembolso del seguro opera luego de las coberturas de Isapre y Fonasa, por lo cual es necesario que primero se apliquen esas coberturas.** Al ingresar tu reembolso en la web o la app adjunta el bono donde se refleja la cobertura de Fonasa / Isapre o bien el comprobante de reembolso de Isapre en el caso de que haya sido solicitada de forma posterior al pago de la prestación.



## Los gastos reclamados fueron reembolsados anteriormente

**Revisa el estado de solicitudes en la sucursal virtual** para verificar si el reembolso fue realizado anteriormente y verificar el pago.



## Las prestaciones reclamadas no se encuentran cubiertas por la póliza contratada

**Esto indica que el reembolso se ha rechazado por no contar con las coberturas en el plan de salud.** Ingresa en la sucursal virtual para revisar el detalle de tu plan.



## Gasto pagado por servicio I-Med

**Esto indica que el reembolso se generó de forma automática mediante I-Med** y el descuento se generó en el momento de realizar el pago en el prestador. Revisa el estado de las solicitudes en la sucursal virtual para ver el detalle de la liquidación correspondiente al reembolso en línea I-Med.



## Rechazo por tope de prestación

**Tu plan de salud tiene ciertas características como tope por evento o tope anual** y esto representa el máximo de cobertura durante la vigencia de la póliza (1 año). Si tu reembolso fue rechazado por esta razón es porque ya has consumido el máximo disponible. Revisa tu plan de salud para conocer los topes para cada tipo de prestación.