

## QUE HACER SI IMED NO FUNCIONA EN LINEA CON EL SEGURO?



I-MED es una empresa externa, que presta servicios a las isapres y compañías de seguros.



I-MED es un sistema que registra la huella digital del afiliado para comprobar su identidad al momento de comprar un bono en un centro de salud. Al momento de la atención, el afiliado coloca su dedo índice en un lector electrónico que verifica la identidad del afiliado y automáticamente se emite el bono y se cancela el copago en ese instante.

I-MED opera solo para gastos ambulatorios, no hospitalarios.

I-MED aplica el aporte del su plan de isapre o fonasa, y en caso de estar en línea con algún seguro complementario que la persona tenga, y que éste seguro opere con Imed, se produce además el aporte del seguro, quedando el copago final definitivo para pago por parte del paciente.

Cuando el seguro hace su aporte a través de I-MED, la persona se evita realizar el trámite de reembolso posterior con su compañía de seguros, puesto que éste ya queda completado al momento de la emisión del bono I-MED.

### **Cuando I-MED no realiza el aporte del seguro**

Hay que aclarar que los seguros tienen la obligación de reembolsar los gastos médicos según la póliza, pero no están obligados a realizarlo a través de I-MED, sino que éste sistema es una “facilidad” puesta al servicio del asegurado.

Existen diversas razones por las cuales el aporte del seguro no opere a través de I-MED:

- Sistema no está en línea (lo cual no depende de la compañía de seguros)
- Asegurado o carga no está cargado en bases de I-MED generalmente por falta de rut o error en rut (pedir corrección con su empresa en el seguro)
- Existen restricciones de la aseguradora con esa institución, o esa persona en particular.
- Existen topes y N° de veces que las aseguradoras autorizan para el libre uso de I-MED, luego de consumidos deja de operar el sistema en línea (\*).

*(\*) Esto se debe principalmente a que a través de I-MED es imposible detectar los diagnósticos y preexistencias, entonces es un sistema vulnerable a pagar gastos que no corresponden por contrato. Por eso después de superados ciertos niveles de uso las aseguradoras quieren evaluar físicamente los gastos y declaración médica a través del sistema de reembolso tradicional.*

Esto no significa que el seguro no opere, simplemente que se debe hacer el reembolso bajo el sistema tradicional de bonificación de gastos de seguro, que es:

1. Presentar copia del bono junto con la solicitud de reembolso de la compañía de seguros debidamente llenada por el médico.
2. Esperar el reembolso en un plazo de 1 semana aproximadamente, ya sea por cheque o depósito en cuenta corriente.