

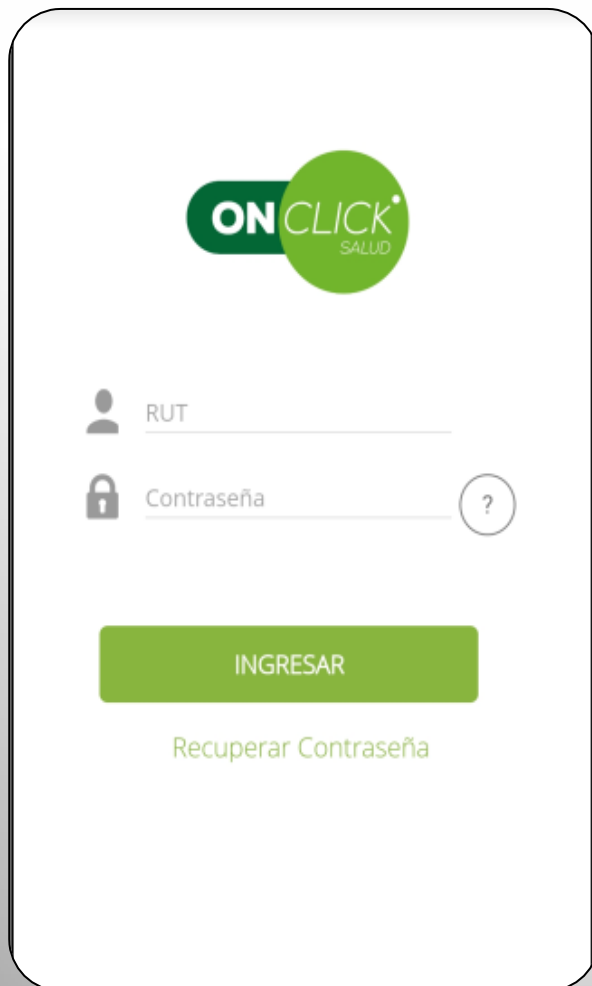
#QUIERO  
REEMBOLSAR  
HACIENDO  
SOLO UN  
**Click**

NUEVA APLICACIÓN PARA  
SEGUROS COMPLEMENTARIOS



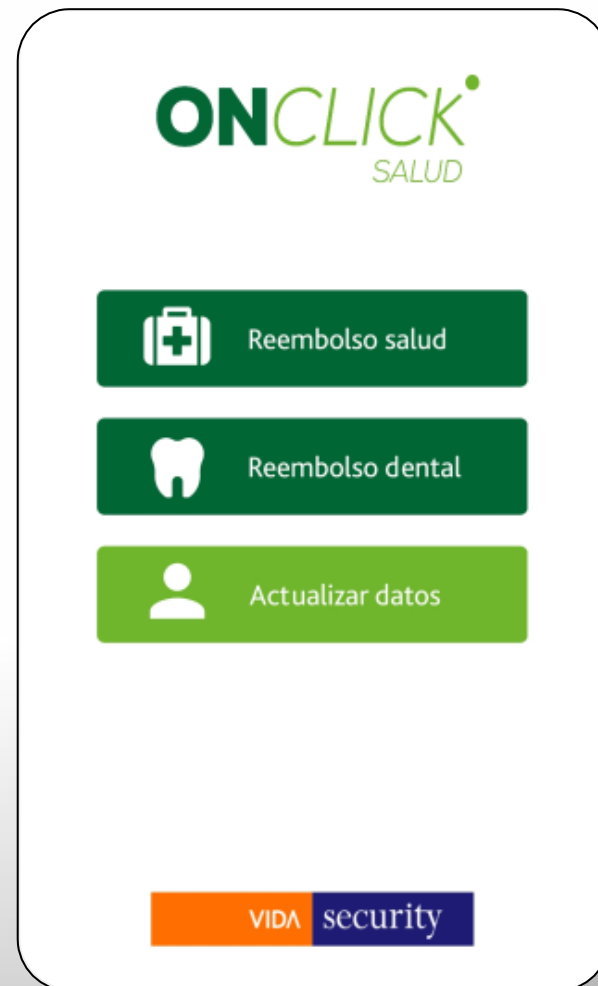
VIDA security

1. Ingresa con tu rut y la misma clave de la web



The screenshot shows the login interface for ONCLICK SALUD. At the top center is the logo, which consists of the word "ONCLICK" in white on a dark green rounded rectangle, followed by "SALUD" in green on a light green circle. Below the logo are two input fields: the first is labeled "RUT" with a person icon to its left, and the second is labeled "Contraseña" with a lock icon to its left and a question mark icon to its right. A green button labeled "INGRESAR" is positioned below the fields. Underneath the button is a link that says "Recuperar Contraseña".

2. Selecciona la opción de reembolso



The screenshot shows the main menu of the ONCLICK SALUD application. At the top is the logo "ONCLICK SALUD". Below the logo are three large, rounded rectangular buttons stacked vertically. The first button is dark green and contains a white first aid kit icon and the text "Reembolso salud". The second button is also dark green and contains a white tooth icon and the text "Reembolso dental". The third button is light green and contains a white person icon and the text "Actualizar datos". At the bottom of the screen is a footer consisting of two colored boxes: an orange box with the word "VIDA" and a dark blue box with the word "security".

### 3. Actualiza tus datos

REEMBOLSO DE SALUD

**1 Mis Datos**

**Nombre**  
HERNAN MUNOZ

**Rut**  
500.460-1

**Email**  
imunoza@gmail.com

**Banco**  
BANCO CHILE

**Cta. Cte**  
9500

MODIFICAR DATOS

CONTINUAR

### 4. Selecciona beneficiario e Isapre

REEMBOLSO DE SALUD

**2 Selecciona titular o dependiente**

TITULAR - HERNAN MUNOZ

CÓNYUGE - SORAYA

**Selecciona Isapre**  
Isapre

ATRÁS

CONTINUAR

## 5. Ingresas los datos del documento a reclamar

### REEMBOLSO DE SALUD

**3 Ingreso de datos del documento**

**Selecciona Prestación**

Consultas Médicas

Compra Medicamentos

Exámenes Procedimientos

Óptica

---

**Tipo de Documento**

Bono (Isapre / Fonasa) ▾

**Fecha Emisión Bono**

10/23/2019 📅

**Rut Prestador (Clínica, Centro Médico, etc)**

96.766.640-8 ✕

**N° Bono**

1010 ✕

**Monto a Reclamar**

15600 ✕

ATRÁS

CONTINUAR

### Seleccionar prestación

**Tipo de Documento:** Pueden ser:

- Doc. Reembolso: corresponde a gasto pagado con boleta y luego bonificado via reembolso con Isapre
- Boleta / Factura: Ejemplo boleta de Farmacias, prestaciones dentales.
- Comprobante de recaudación (Hospitales)
- Bono: Corresponde a documento emitido por sistema de Salud Isapre y Fonasa comprado en la misma institución o en el prestador (centro medico) y que no obtuvo bonificación del seguro complementario

## 6. Ingresar los datos de la prestación

REEMBOLSO DE SALUD

4 Detalle de Prestación

**Prestación**  
Ingrese Texto

**Valor Total de la prestación**  
000000

**Bonificación Isapre**  
000000

Agregar otra prestación



ATRÁS CONTINUAR

En Prestación se debe ingresar palabra a la cual corresponde el gasto, ejemplo consulta, y se despliegan todas las posibles opciones y se debe marcar la que corresponda.

REEMBOLSO DE SALUD

Cons| X Cancelar

CONSULTA FONOAUDIOLOGIA

CONSULTA MEDICA DE NEUROLOGO,  
NEUROCIRUJANO ,OTORR

CONSULTA MEDICA ELECTIVA O DE URGENCIA

CONSULTA MEDICA EN SERVICIO DE URGENCIA

CONSULTA MEDICA EN SERVICIO DE URGENCIA  
INHABIL

CONSULTA MEDICA ESPECIALIDADES

CONSULTA MEDICA PEDIATRICA URGENCIA

CONSULTA NEONATOLOGIA

CONSULTA OFTALMOLOGICA

CONSULTA PSICOLOGO CLINICO (SESIONES 45 )

REEMBOLSO DE SALUD

4 Detalle de Prestación

Prestación  
CONSULTA OFTALMOLOGICA X

Valor Total de la prestación  
25,000 X

Bonificación Isapre  
9400 X

Agregar otra prestación

+

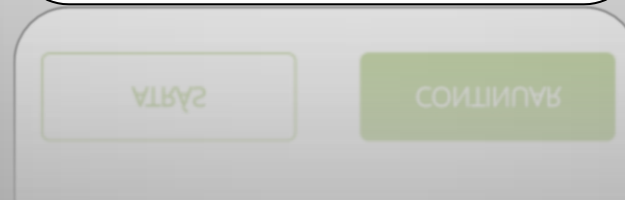
ATRÁS CONTINUAR

Una vez seleccionada la prestación se debe ingresar el valor total y el aporte de Isapre o Fonasa.

En caso que tenga otra prestación del mismo beneficiario, marca opción Agrega otra prestación y repite pasos anteriores, de lo contrario CONTINUAR

## 7. Saca una foto o sube una imagen del documento

The screenshot shows a mobile application interface for 'REEMBOLSO DE SALUD'. At the top, the title 'REEMBOLSO DE SALUD' is displayed in green, with a three-dot menu icon to its right. Below the title, a green circle with the number '5' is followed by the text 'Subir Imagen'. Underneath, there are two sections: 'Bono (Isapre / Fonasa)' and 'Documento Adicional (Opcional)'. Each section contains two green buttons labeled 'Cámara' and 'Galería'. At the bottom of the screen, there are two buttons: 'ATRÁS' (outlined) and 'CONTINUAR' (solid green).





## 8. Confirma el envío

**REEMBOLSO DE SALUD**

**6 Solicitud de Reembolso Salud**

**Rut**  
500.460-1

**Nombre**  
HERNAN MUNOZ

**Beneficiario**  
HERNAN MUNOZ

Nro. Documento	Monto	Imagen
1010	15.600	

**CANCELAR**

**SOLICITAR REEMBOLSO**

**Mensaje**

Esto finalizará su transacción enviando la documentación respectiva. ¿Desea continuar?

**SI** **NO**

Al solicitar reembolso a parece el siguiente mensaje para finalizar proceso.



## REEMBOLSO DE SALUD



Hemos recibido de forma satisfactoria tu solicitud de reembolso  
N° 19581168

Te recomendamos guardar los documentos originales por lo menos por 60 días.

[Ver Normativa Vigente](#)

[NUEVA SOLICITUD REEMBOLSO](#)

**¡Listo!** Recibe tu reembolso en un máximo de 72 hrs. hábiles

En caso de **MEDICAMENTOS** los primeros pasos son iguales,  
solo cambia en el Ingreso de documentos

**REEMBOLSO DE SALUD**

**3 Ingreso de datos del documento**

**Selecciona Prestación**

Consultas Médicas | **Compra Medicamentos** | Exámenes Procedimientos | Óptica

**Tipo de Documento**  
Boleta / Factura

**Fecha Emisión Boleta / Factura**  
09/28/2019

**Rut Emisor**  
89.807.200-2

**N° Boleta / Factura**  
1208071355

**Monto a Reclamar**  
19500

ATRÁS CONTINUAR

**VidaSecurity**

Este tipo de documento requiere se envíen dos imágenes:  
Boleta / Factura y Receta. ¿Desea continuar?

SI NO

Marcar la opción de Compra Medicamentos:  
Tipo de documento: corresponde a Boleta  
Rut del emisor: corresponde a rut de la Farmacia

Al continuar se le informará que debe ingresar al  
menos dos documentos, ya que es necesario que  
ingrese la receta del medicamento.

\* Considerar que si envía boleta manual, sin detalle  
debe adjuntar documento emitido por la farmacia  
con timbre que señale el medicamento comprado.

## Ingresa los datos de la prestación

REEMBOLSO DE SALUD

**Medicamento**

Nastizl ✕ Cancelar

---

NASTIZOL

---

NASTIZOL COMPOSITUM

---

REEMBOLSO DE SALUD

**4** Detalle de Prestación

**Medicamento**

NASTIZOL ✕

**Valor Total del medicamento**

10,000 ✕

**Monto Descuento Aplicado**

1,000 ✕

Agregar otra prestación

**+**

ATRÁS CONTINUAR

REEMBOLSO DE SALUD

4 Detalle de Prestación

NASTIZOL  
Monto reclamado \$ 9.000

Medicamento  
PANADOL NIÑOS

Valor Total del medicamento  
9,500

Monto Descuento Aplicado  
0

Agregar otra prestación

+

ATRÁS CONTINUAR

**NOTA:** Si tienes una boleta con mas de un medicamento y que tenga un descuento especial de la farmacia y no este detallado por cada producto, se puede colocar el descuento en el medicamento de mayor valor y el resto con descuento \$ 0.-

REEMBOLSO DE SALUD

5 Subir Imagen

Boleta / Factura

Cámara Galería

**Receta**

Receta Permanente

Cámara Galería

ATRÁS CONTINUAR

Saca una foto o sube una imagen del documento contable y además de la receta con nombre de medicamento reclamado

## Confirma el envío


### REEMBOLSO DE SALUD

**6** Solicitud de Reembolso Salud

**Rut**  
500.460-1

**Nombre**  
HERNAN MUNOZ

**Beneficiario**  
HERNAN MUNOZ

Nro. Documento	Monto	Imagen
1010	15.600	

**CANCELAR**

**SOLICITAR REEMBOLSO**

### Mensaje

Esto finalizará su transacción enviando la documentación respectiva. ¿Desea continuar?

**SI** **NO**



Al solicitar reembolso a parece el siguiente mensaje para finalizar proceso.

## REEMBOLSO DE SALUD



Hemos recibido de forma satisfactoria tu solicitud de reembolso  
N° 19581168

Te recomendamos guardar los documentos originales por lo menos por 60 días.

[Ver Normativa Vigente](#)

[NUEVA SOLICITUD REEMBOLSO](#)

**¡Listo!** Recibe tu reembolso en un máximo de 72 hrs. hábiles



En caso **DENTAL** los primeros pasos son iguales,  
Solo cambia en el Ingreso de documentos

REEMBOLSO DENTAL

3 Ingreso de datos del documento

Selecciona Prestación

Prestaciones Dentales    Compra Medicamentos

Tipo de Documento

Seleccione Una Opción

Fecha

31/12/2020

Rut

12345678-9

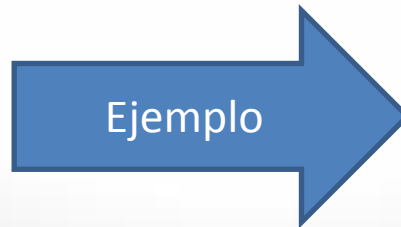
Número de Documento

1234

Monto Total

10.000

ATRÁS    CONTINUAR



REEMBOLSO DENTAL

3 Ingreso de datos del documento

Selecciona Prestación

Prestaciones Dentales    Compra Medicamentos

Tipo de Documento

Boleta / Factura

Fecha Emisión Boleta / Factura

10/04/2019

Rut Emisor

13.021.032-5

N° Boleta / Factura

1010

Monto a Reclamar

25000

ATRÁS    CONTINUAR

## Ingresa los datos de la prestación

REEMBOLSO DENTAL

4 Detalle de Prestación

**Prestación** →

CONTROL MENSUAL TRATAMIENTI X

**Valor Total de la prestación**

25,000 X

**Bonificación Isapre**

0 X

**Fecha Atención**

10/04/2019

Agregar otra prestación

+

ATRÁS CONTINUAR

En Prestación se debe ingresar palabra a la cual corresponde el gasto, ejemplo control, y se despliegan todas las posibles opciones y se debe marcar la que corresponda.

REEMBOLSO DENTAL

Control X Cancelar

CONTROL MENSUAL TRATAMIENTO CON APARATO FIJO, PPTO

CONTROL MENSUAL TRATAMIENTO CON APARATO REMOVIBLE,

CONTROL NIÑO SANO. OPED.

CONTROL PORT QUIRURGICO O RECAMBIO DE CEMENTO QUIR

CONTROL POST QUIRURGICO CON O SIN RETIRO DE PUNTOS

CONTROL Y EXAMEN PERIODICO DE RIGOR. GRAL.

CONTROLES DE CIRUGIA. MF.

CONTROLES POR SESION. PBMF.

CONTROLES POSTTRATAMIENTO. PERIO.

EXODONCIA SIMPLE PIEZAS TEMPORALES (INCLUYE UN CON

INSTRUCCION Y CONTROL HIGIENE ORAL ADULTOS. GRAL.

## Saca una foto o sube una imagen del documento

REEMBOLSO DENTAL

5 Subir Imagen

Boleta / Factura

Cámara Galería

Presupuesto o Formulario de reembolso

Cámara Galería

ATRÁS CONTINUAR

Se debe tener en consideración que para gastos dentales es necesario que adjunte formulario o presupuesto con detalle de las prestaciones realizadas que señale claramente:

- Pieza tratada,
- Detalle de la prestación,
- Valor unitario,
- Fecha de atención

## Confirma el envío


**REEMBOLSO DENTAL**

**6** Solicitud de Reembolso Dental

**Rut**  
500.460-1

**Nombre**  
HERNAN MUNOZ

**Beneficiario**  
HERNAN MUNOZ

Nro. Documento	Monto	Imagen
1010	25.000	

**CANCELAR**

**SOLICITAR REEMBOLSO**

**Mensaje**

Esto finalizará su transacción enviando la documentación respectiva. ¿Desea continuar?

**SI** **NO**

**SI** **NO**

Al solicitar reembolso a parece el siguiente mensaje para finalizar proceso.

## REEMBOLSO DENTAL



Hemos recibido de forma satisfactoria tu solicitud de reembolso  
N° 19581168

Te recomendamos guardar los documentos originales por lo menos por 60 días.

[Ver Normativa Vigente](#)

[NUEVA SOLICITUD REEMBOLSO](#)

**¡Listo!** Recibe tu reembolso en un máximo de 72 hrs. hábiles