

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACIÓN DEL MÉDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradecemos proporcionar los siguientes antecedentes para que su paciente acceda al beneficio de salud:
 Nombre completo del paciente: _____ Edad: _____

Diagnóstico principal, tratamiento y pronóstico (Letra imprenta)

Fecha de Atención

Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta

Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad

Tratamiento e Indicaciones Médicas

Tratamiento Prolongado o a permanencia SI NO Periodo de tratamiento _____
 Detallar tipo de tratamiento: _____

En caso de accidente, indicar

Tipo de Accidente: LABORAL OTROS Fecha de Atención
 Breve descripción del accidente: _____

En caso de Embarazo:

Fecha probable fecundación: Fecha Diagnóstico

FFPP:

Nombre del Médico: _____ RUT: _____

Especialidad del Médico: _____ Fono: _____ Firma: _____

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: _____ RUT: _____

Nombre del paciente o Beneficiario: _____ Isapre: _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:
 SI NO N° de Liquidación _____ Diagnóstico Anterior _____

Por este medio certifico que los datos aportados son verdaderos. Autorizo a los médicos y/o instituciones a entregar todos los antecedentes patológicos, o copias de sus archivos, tanto del suscrito como de sus dependientes.

CANTIDAD DE DOCUMENTOS

Bonos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	Recetas	Programas	Otras	Total

Total Gastos Solicitados: _____
 (Gastos efectivamente incurrido por el asegurado)

Fecha Firma _____

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social Contratante: _____ RUT: _____

Nombre del Funcionario: _____ Fecha: _____

Certifico que el asegurado titular antes señalado es empleado de la empresa. Que su seguro estaba vigente al momento de ocurrir la enfermedad o accidente, al igual que sus dependientes.
Firma _____