

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACIÓN DEL MEDICO (Uso exclusivo del Médico)

Agradeceremos 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 inicio de síntoma
que originaron la consulta

--	--	--	--	--

Fecha que se le diagnosticó
por primera vez la enfermedad

--	--	--	--	--

Tratamientos 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: _____ FPP: _____

Nombre del Médico: R.U.T: _____

Especialidad del Médico: Fono: _____ Firma: _____

DECLARACIÓN DEL ASEGURADO

Nombre del Asegurado Titular: R.U.T: _____

Nombre del Paciente o Beneficiario: Isapre: _____

Síntomas que originaron la visita al médico: _____

¿Es continuación de tratamiento? En caso afirmativo, indicar:

SI NO N° 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	Otros	Total

Total de Gastos

Solicitado: \$ _____

(Gasto efectivamente incurrido por el Asegurado)

Fecha: _____

Firma

DECLARACIÓN DEL CONTRATANTE

Nombre o Razón Social Contratante: R.U.T: _____

Nombre del Funcionario Encargado: 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