

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACION 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 síntomas
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 ☐ Período 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: _____

DECLARACION 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: \$ _____ Fecha: _____ Firma: _____
(Gasto efectivamente incurrido por el Asegurado)

DECLARACION 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