

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

Tratamiento 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	Otras	Total

Total Gastos Solicitados: \$ _____
(Gastos efectivamente incurridos por el asegurado)

Fecha

Firma _____

DECLARACION DEL CONTRATANTE