

## 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 sintoma  
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:

Sintomas que originaron la visita al médico:

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

SI                       NO                       Nº Liquidación \_\_\_\_\_                      Diagnóstico Anterior \_\_\_\_\_

Por este medio certifico que los datos aportados con 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 dependiente.

Firma