

## Bono de Atencion Medica

<b>Fecha de Emision</b>	__FECHA__	<b>Numero de Bono</b>	__FOLIO__
<b>Emisor</b>	__NOMBRE_HABILITADO__	<b>Rut Emisor</b>	__RUT_HABILITADO__
<b>Codigo Validacion</b>	__CODIGO_VALIDACION__		

<b>Prestador</b>	__NOMBRE_PRESTADOR__	<b>RUT Prestador</b>	__RUT_PRESTADOR__
------------------	----------------------	----------------------	-------------------

<b>Beneficiario</b>	__NOMB__	<b>Numero de C.M.C.</b>	__CMCB__
<b>Imponente</b>	__NOMI__	<b>Numero de C.M.C.</b>	__CMCI__
<b>Nombramiento</b>	__CONT__		

Codigo Prestacion	Nombre Prestacion	Valor	Cargo Dipreca	Cargo Seguro	Copago
Totales \$					

Valor a Facturar \$

**Fecha de Expiracion:** \_\_FECHA\_EXPIRACION\_\_

\_\_\_\_\_  
Firma del Paciente o Firma y Rut del  
Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Nombre y Firma del Emisor

