

Fecha:

Beneficiario FONASA grupo ____ declaro:

* Modalidad de Atención Institucional: en este caso será trasladado a un Hospital Público o a uno privado con convenio Modalidad de Atención Institucional con FONASA, donde recibiré las prestaciones de salud necesarias para finalizar mi tratamiento. Estas prestaciones serán ambulatorias o de hospitalización y tendrán un copago que dependerá del grupo FONASA en que clasifico según mis Ingresos, el que en general será de:

Grupo D 20%

2.- Tener conocimiento de las tarifas del establecimiento privado y las diferencias que deberá pagar por aquellas prestaciones que no son totalmente cubiertas por FONASA y que se faculta al establecimiento para cobrar precios superiores, tales como diferencia por Días Cama (hospitalización, Unidad de Intermedio e Unidad de Cuidado intensivo), diferencia por Derecho a Pabellón, profesionales no inscritos en FONASA, medicamentos e insumos, etc.

MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO

FIRMA BENEFICIARIO, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR A CARGO

Nombre del acompañante o familiar a cargo: _____

Rut: _____

Relación con el paciente: _____

Fecha: _____ Hora: _____