## **DECLARACION DE OPCION POR MODALIDAD DE ATENCION**

YoRut
Beneficiario FONASA grupo declaro:
<ul> <li>1 Que he tomado conocimiento que como beneficiario de la Ley 18.469 tengo derecho a optar por cualquiera de las dos modalidades de atención contempladas por esta ley y que son las siguientes:</li> <li>* Modalidad de Atención Institucional: en este caso seré 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:</li> </ul>
Grupo A 0% Grupo B 0% Grupo C 10% Grupo D 20%
* Modalidad de Libre Elección: en este caso pudo elegir el establecimiento de salud donde deseo continuar m atención (puede ser el mismo donde me encuentro actualmente u otro establecimiento con convenio Modalidad de Libre Elección con FONASA) y el pago por las prestaciones recibidas a partir del momento en que firme este documento aceptando esta modalidad de atención, deberá realizarse mediante la compra de Bonos de Atención de Salud. El monto que deberé pagar por la atención, dependerá de la bonificación fijada por FONASA para las prestaciones que reciba (para mayor información llame a FONASA AYUDA al fono 600-2366272).
2 Tener conocimiento de las tarifas del establecimiento privado y las diferencias que deberé 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.
3 Acepto continuar mi atención en:
MODALIDAD DE LIBRE ELECCIÓN EN EL ESTABLECIMIENTO
FIRMA BENEFICIARIO, ACOMPAÑANTE O FAMILIAR A CARGO
En caso de firma del acompañante o familiar a cargo, completar los siguientes datos:
Nombre del acompañante o familiar a cargo:
Relación con el paciente:HoraHora