

SOLICITUD DE REEMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

DECLARACION DE	L MEDICO (Uso	exclusivo del Med	ico)) DE GASTOS MÉD	DE REEMBOLSO	A LA "SOLICITUD	
		tes antecedentes p	ara que su pacie	nte acceda al benefi		"Declaración de	
Nombre completo de	The state of the s	andire in the later	el Contratante".			Edad: Obsorbine	
		pronostico (Letra			ase presentar a la medicamentos an		
			Foobs do Aton	pliellud: benos de re	obe adjuntar a la S	J. El Asagurado d	
ncia(s) no cublenats) por la Isapre o FONASA.			Fecha de Atención		redicas y brightale	1 26 E291 E5 60	
			Fecha de inicio de Síntomas que originaron la consulta		Lamentos de la constante de la	5. Gastos de Medi	
			Fecha que se le diagnosticó por primera vez la enfermedad		rs die farmadie de e nig. Aquellar bo	programas	
Tratamiento e Indio Tratamiento Prolong Detallar tipo de trata	gado o a permaneo	a receta original si	SI NO	Periodo de tratamie	s por medicament s de ella sa la ota astos por archum de tanticos por a	Para gasto y fotocopia Para los u debidamen	
En caso do accido	nto indicar	a, presentar la ordo	ogia y Radiologia	sterapia, Fonoaudiol	Psicologia, Kinesio	6. Para gastos de	
En caso de accidente, indicar Tipo de Accidente: LABORAL OTROS Breve descripción del accidente:			os. presentir la	Fecha de Atención	veriy yıqla cartici Ha palize de salut adavento, el velor adavento, el velor	notes de reter	
En caso de Embara	azo:	DNASA JUNIO 8 ID	Ti O Educal Island	obsidanii emetgato odmissi sh nesh refe	adones, presentar	salistigada sarte a	
Fecha probable fecu				Fecha Diagnóstico	de Laterniento.	convoising LAN	
FFPP:	oste formula no sor ralemidato.	es por mate riodad. to aproximado de l	tes, o de control ar el lipo y perior	leura piagnostico i	i rationilentos prok namente la primera	ib decu he ^h - da Hordem	
Nombre del Médico:					RUT:		
Especialidad del M	lédico: o lo nagro	o eup sarunadoo s	deberá utilizar la	Fono: mag ne ou	Firma:	AD Formageds acc	
Summerent Se concuented	el a (PONASA) a la	repell bule 8 of le	noisver I noisus	teni ni magazi wala	nosus Pertolous	- ob andrigida -/	
DECLARACIÓN DE	L ASEGURADO	es eracuraues a poliza en la erron	ros yendany sur	e samus en apris en en Refi am sigidea Texum	persiste illigioritation the bresentar lede	ruis io obsinis	
Nombre del Asegurado Titular:					manata conjunta a la Cc:TUR		
Nombre del paciente Síntomas que origin	2 (SELECTED SERVE SEED SECTION 1)	una anliqüedad ma	no Medicas con	Reambolso de Gast	Isapre:	12 Solo se accular	
¿Es continuación de			icar:		10(15149)	in a co sincer o	
SI NO	The state of the s			co AnteriorA	DE LA COMPAÑÍ		
Por este medio cer los antecedentes p	rtifico que los dat patológicos, o cop	pias de sus archiv	os, tanto del su	torizo a los médico scrito como de sus	s y/o institucione dependientes.	s a entregar todos	
Bonos/Orden At.	Reembolsos	Boleta Farmacia	DAD DE DOCUI Recetas	Programas	Otras	Total	
Donos/Orden At.	1 Cellibolada	Doleta i aimacia	Nocetas	1 Togramas	Otras	. oatoaM 'B'V	
Total Gastos Solicitados: (Gastos efectivame el asegurado)	ente incurrido por	Fecha			Firma		
DECLARACIÓN DE	L CONTRATANTI	Ξ					
Nombre o Razón Social Contratante:					RUT:		
Nombre del Funcionario:					Fecha:		
Certifico que el ase la empresa. Que su la enfermedad o ac	u seguro estaba viç	gente al momento d	e ocurrir	_	Firma		

ORIGINAL COMPAÑIA