

# Solicitud Reembolso Fondo De Salud Gastos Dentales

## Identificación

Rut colaborador	
Nombre colaborador	
Dirección laboral	
Rut beneficiario	
Nombre beneficiario	
Parentesco	
Isapre o Fonasa	

## Antecedentes de las prestaciones (gasto en salud)

Cantidad de Documentos	Tipo Prestación (ortodoncia, endodoncia, cirugías, etc.)	Proveedor del Servicio	Total Gastos Presentados
			\$

## Consideraciones

- Adjuntar boleta(s), factura(s) y/o bono(s).
- Adjuntar a la boleta, el detalle de la prestación realizada y/o presupuesto.
- La vigencia no puede superar los 60 días desde la fecha de emisión del documento a la fecha de presentación del reembolso en el Fondo de Salud.
- Toda la documentación se debe presentar en original (no aplica fotocopia o escáner)
- Toda la documentación se debe enviar a la Subgerencia de Beneficios, Av. Costanera Sur 2760, piso 4, Edificio Parque Titanium, a nombre de Juana San Martín.

## CAUSAL DE RECHAZO (Uso exclusivo de Subgerencia de Beneficios)

Carga no Vigente		Prestación no bonificable	
Fuera de Plazo		Otro	

\_\_\_\_\_  
Firma del colaborador

\_\_\_\_\_  
Fecha de solicitud