

Solicitud Reembolso Fondo De Salud Gastos Médicos

Identificación

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

Antecedentes de la(s) prestación(es) (gastos en salud)

Cantidad de Documento	Prestador del Servicio	Tipo Prestación	Total Gastos Presentados
			\$

Consideraciones

- Adjuntar boleta(s), factura(s) y/o bono(s).
- 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 Boleta o Factura debe ser presentada previamente en Isapre.
- Toda la documentación debe ser presentada en original. En caso de las recetas de farmacia retenidas, presentar copia con el timbre de la farmacia que indique "receta retenida"
- 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