



SOLICITUD DE REEMBOLSO MÉDICO

1. Datos del Funcionario

Nombre Completo	
RUT	
Cargo / Establecimiento	
Correo electrónico	
Teléfono de contacto	

2. Datos del Causante (Carga Legal)

Nombre Completo	
RUT	
Relación con el afiliado titular	

3. Información de la Atención Médica

Tipo de prestación	
Profesional o centro médico	
Fecha de la atención	
Monto total pagado	
Detalle del tratamiento	

4. Documentos Adjuntos

- Boletas o factura original
- Voucher o comprobante electrónico
- Informe médico
- Receta médica
- Otros documentos: _____

6. Declaración del Solicitante

Declaro que la información entregada es fidedigna y autorizo el pago del reembolso en la cuenta indicada. Asimismo, confirmo que los documentos adjuntos son auténticos y que antes de este reembolso ya ha operado mi Sistema de Salud y/o otros seguros complementarios personales.

Firma del funcionario: _____ Fecha: _____

7. Uso Exclusivo del Servicio de Bienestar

Fecha de recepción	
Monto aprobado / Observaciones	
Timbre recepción	

Instrucciones para solicitud de reembolso de gastos médicos

- Complete todos los campos del formulario. (Instrucciones continúan al anverso)

- Adjunte boletas originales, comprobantes, programas, vouchers y documentos médicos.
 - Entregue esta solicitud en oficina del Servicio de Bienestar.
 - El proceso de revisión toma entre 10 días hábiles.
 - Todos los gastos deben ser reembolsados primero por su Isapre, Fonasa u otras coberturas de salud que tuviera contratadas o beneficios a que tenga derecho.
-
- En caso que la Isapre no reembolse alguna prestación médica, se deberá timbrar la boleta donde se indique "No Bonificable".

| Servicio de Bienestar - SLEP Chinchorro