



SOLICITUD DE INCORPORACIÓN A LA RED CERRADA DE LA COBERTURA ADICIONAL PARA ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS - CAEC DIPRECA

ANTECEDENTES AFILIADO O BENEFICIARIO

|                    |  |        |
|--------------------|--|--------|
| Nombre             |  |        |
| Run                |  | -      |
| Correo electrónico |  |        |
| Domicilio          |  |        |
| Ciudad             |  | Región |
| Teléfonos/ celular |  |        |

DIAGNÓSTICO (marque con una X)

|                                                |                                          |
|------------------------------------------------|------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Cáncer Cervicouterino | <input type="checkbox"/> Cáncer de Mama  |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Próstata    | <input type="checkbox"/> Cáncer de Colon |
| <input type="checkbox"/> Cáncer de Estómago    | <input type="checkbox"/> Cáncer Pulmón   |

IDENTIFICACIÓN DE CONTACTO

Es usted mismo ☐

(No es necesario completar los datos de identificación de contacto si es usted mismo).

|                    |  |            |
|--------------------|--|------------|
| Nombre             |  |            |
| Run                |  | - Relación |
| Teléfonos/ celular |  |            |
| Correo electrónico |  |            |

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA

Para procesar su solicitud, debe adjuntar al menos uno de los siguientes documentos:

|                          |                                                             |
|--------------------------|-------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Informe médico del médico tratante o del Comité oncológico. |
| <input type="checkbox"/> | Informe de la Biopsia                                       |

IMPORTANTE

DIPRECA, informa a usted, que el beneficio solicitado comenzará a regir sólo cuando ingrese a la RED y firme la aceptación de la derivación a la red cerrada de atención para el otorgamiento de la cobertura adicional de enfermedades catastróficas CAEC DIPRECA.

El afiliado / beneficiario o representante deberá formalizar la aceptación de la derivación mediante la firma de esta solicitud, en consecuencia, ante la ausencia de dicha firma se considerará rechazada la derivación y solicitud.

El CAEC solo entrega aporte a las prestaciones relacionadas con el diagnóstico oncológico del beneficiario, no cubre prestaciones ajenas al diagnóstico, teniendo un deducible de 30 U.F. con un tope máximo de 126 U.F. año calendario.

Tomé conocimiento

Firma Solicitante

USO EXCLUSIVO - DIPRECA

|                       |  |       |  |
|-----------------------|--|-------|--|
| Plataforma            |  | Fecha |  |
| Ejecutivo de atención |  | Hora  |  |

