**SOLICITUD DE REINTEGRO MÉDICO**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO** | | | | |
| **Nombre completo** |  | | | |
| **Cédula de Identidad** |  | **C.M.C. Nº** |  | |
| **Fecha Nacimiento** |  | **Teléfono** |  | |
| **Dirección actual** |  | | | |
| **Comuna** |  | **Ciudad** |  | |
| **Correo electrónico** |  | | | |
| **DATOS CUENTA BANCARIA** | | | | |
| **Banco** |  | **Tipo de cuenta** |  | |
| **N° de cuenta** |  | | | |
| **IDENTIFICACIÓN DE CARGA ATENDIDA** | | | | |
| **Nombre completo** |  | | | |
| **Cédula de identidad** |  |  | |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N° de doc.** |  | **Fecha** |  | **Valor $** |  |
| **N° de doc.** |  | **Fecha** |  | **Valor $** |  |
| **N° de doc.** |  | **Fecha** |  | **Valor $** |  |
| **N° de doc.** |  | **Fecha** |  | **Valor $** |  |
| **N° de doc.** |  | **Fecha** |  | **Valor $** |  |

**Plazo**: Artículo 5° el Decreto Supremo 509, fija el plazo en un año presupuestario, es decir, se recepcionarán las boletas, facturas o voucher de pago, con fecha del 1° de enero hasta 31 de diciembre del año, y solo las de diciembre hasta 31 de enero del siguiente año.

**Aporte:** Artículo 6° el Decreto Supremo 509, garantiza una cobertura de un 50% en relación con el valor vigente de FONASA nivel 1.

Toda boleta, factura o voucher, debe indicar o adjuntar su detalle de prestaciones (nombre o código de la prestación pagada).

**Reembolso de bonos FONASA e ISAPRES:** beneficio solo para los titulares de esta DIPRECA, sujeto a mismos requisitos de plazos y aportes. Los bonos deben adjuntar su comprobante de pago, como el voucher, boleta o factura.

|  |
| --- |
| Firma y Rut Solicitante |
| Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| Nombre, Firma y timbre  Ejecutivo de Atención |

Ultima actualización: octubre 2024