

SOLICITUD DE BENEFICIO VENTA DIRECTA DE BONOS FONASA

I.- a) IDENTIFICACION DEL AFILIADO/A

La información debe ser ingresada obligatoriamente y es de responsabilidad del afiliado completar íntegramente todos los antecedentes solicitados para agilizar el reembolso de sus beneficios.

APELLIDO PATERNO

APELLIDO MATERNO

NOMBRE

RUT

CARGO

GRADO / SECCION

b) TIPO DE BENEFICIO

Afiliado Carga

NOMBRE

RUT

☐ Atenciones Médicas

☐

☐

FIRMA AFILIADO/A

CERTIFICACION CARGAS

II.- INFORME DE PAGO

Consulta Médica

\$

Examen Laboratorio

\$

Examen Especializado

\$

Trat.Médico Especializado

\$

MONTO TOTAL

\$

Trat. Espec. P. Paramédico

\$

Examen Rayos X

\$

Atención Obstétrica

\$

Ayuda Méd. Complementaria

\$

FIRMA RESPONSABLE CÁLCULO: