



## SOLICITUD DE REEMBOLSOS DE GASTOS MÉDICOS

FECHA SOLICITUD

N° SOLICITUD

(Uso exclusivo A.F.S.A.)

### I. ANTECEDENTES DEL BENEFICIARIO Y/O PACIENTE

NOMBRE RESPONSABLE		
RUN	NPI / N° CTA. CAPREDENA	CATEGORIA <input type="checkbox"/> ACTIVO <input type="checkbox"/> PENSIONADO(A) <input type="checkbox"/> MONTEPIADO(A)
DIRECCION	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO
NOMBRE PACIENTE		RUN

### II. DATOS BANCARIOS BENEFICIARIO

Banco: _____	Tipo de Cuenta: <input type="checkbox"/> Cuenta Corriente <input type="checkbox"/> Cuenta Vista <input type="checkbox"/> _____	N° Cuenta: _____
--------------	--	------------------

### III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO

FECHA ATENCIÓN O ADQUISICIÓN	NOMBRE PRESTADOR	CIUDAD
MOTIVO QUE ORIGINÓ LA ATENCIÓN O ADQUISICIÓN (Otros: pasajes, lentes, audífonos, prótesis, etc...) <input type="checkbox"/> Urgencia <input type="checkbox"/> Control <input type="checkbox"/> Examen <input type="checkbox"/> Otros _____		
¿ES CONTINUACIÓN DE TRATAMIENTO? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		¿SOLICITÓ AUTORIZACIÓN PREVIA EN RED SISAN? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
SI NO CONSULTO PREVIAMENTE EN RED SISAN JUSTIFIQUE:		
<b>DETALLE DE DOCUMENTOS QUE ENTREGA</b>		
DESCRIPCIÓN (Boleta, Receta, Orden Médica, epicrisis, etc...)	N° DOCUMENTO	MONTO
OTROS ANTECEDENTES:		
FECHA Y TIMBRE RECEPCIÓN (Uso exclusivo Repartición)	DATOS RECEPTOR Nombre: RUT: NPI: Repartición:	_____ FIRMA BENEFICIARIO

#### IMPORTANTE:

1. La "Solicitud de Reembolsos de Gastos Médicos" debe ser completada por el beneficiario.
2. El reembolso debe ser solicitado por el beneficiario, dentro del plazo de 60 días corridos, contados desde la fecha de la boleta o factura, presentando los documentos originales emitidos a nombre del paciente.
3. Para los reembolsos por fármacos, el beneficiario debe indicar motivo por el cual debió adquirirlo en forma particular y no fue suministrado por el Hospital Naval respectivo.
4. Para los reembolsos por exámenes y procedimientos, se debe adjuntar indicación o derivación del médico tratante, más los antecedentes donde se indique el antecedentes clínico de la derivación.
5. Para los reembolsos por consultas en servicios de urgencia, se debe adjuntar fotocopia de la hoja de atención.
6. Para los reembolsos de pasajes, se debe adjuntar comprobante de atención y mensaje que lo autorice, cuando corresponda, de acuerdo a lo establecido en Directiva D.G.P.A. 006/T.
7. La recepción de documentos debe ser firmada por Personal de Planta de la Repartición.
8. Los antecedentes entregados en la presente solicitud, se deberán mantener en estricta reserva del personal que efectúe la respectiva tramitación.