

SOLICITUD DE BENEFICIO

DIA	MES	AÑO
------------	------------	------------

ANTECEDENTES DEL AFILIADO		
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES
R.U.T.	ESTAMENTO	SERVICIO
FONO CELULAR Y/O ANEXO	CORREO ELECTRÓNICO	ESTABLECIMIENTO

SOLICITA AL SERVICIO DE BIENESTAR BENEFICIO POR:

D.S. 42 ART.Nº9	CONSULTA MEDICA	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN ODONTOLÓGICA	<input type="checkbox"/>
	INTERVENCIÓN QUIRÚRGICA	<input type="checkbox"/>	CONS. MÉDICA A DOMICILIO	<input type="checkbox"/>
	HOSPITALIZACIÓN	<input type="checkbox"/>	TRATAMIENTO ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>
	MEDICAMENTOS	<input type="checkbox"/>	ADQUISICIÓN DE ANTEOJOS	<input type="checkbox"/>
	INSUMOS	<input type="checkbox"/>	APARATOS ORTOPÉDICOS	<input type="checkbox"/>
	RADIOGRAFÍA	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN OBSTÉTRICA	<input type="checkbox"/>
	EXÁMEN DE LABORATORIO	<input type="checkbox"/>	EXÁMEN HISTOPATOLÓGICO	<input type="checkbox"/>
	EXÁMEN ESPECIALIZADO	<input type="checkbox"/>	SCANNER	<input type="checkbox"/>
	MARCAPASOS	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN ARSENALERA	<input type="checkbox"/>
	PRIMEROS AUXILIOS	<input type="checkbox"/>	ATENCIÓN ANESTESISTA	<input type="checkbox"/>
	RESONANCIA MÁGNÉTICA	<input type="checkbox"/>	AUDIFONO	<input type="checkbox"/>

D.S. 42 ART.Nº10	MATRIMONIO	<input type="checkbox"/>	CATASTROFE	<input type="checkbox"/>
	NACIMIENTO	<input type="checkbox"/>	NICHO - BÓVEDA	<input type="checkbox"/>
	FALLECIMIENTO	<input type="checkbox"/>		

D.S. 42 ART.Nº13	GIMNASIO	<input type="checkbox"/>
---------------------	----------	--------------------------

INDICAR SI ES FONASA
 ISAPRE

BENEFICIARIO	
AFILIADO	CARGA DE FAMILIA

FIRMA INTERESADO

INFORME INDIVIDUAL DE LA OFICINA DE BIENESTAR

MONTO A CANCELAR
\$

FIRMA INFORMANTE