



SOLICITUD DE REEMBOLSO FONDO DE AYUDA MEDICA

DATOS DEL FUNCIONARIO

NOMBRE DEL FUNCIONARIO _____ FIRMA _____

CODIGO FUNCIONARIO _____ RUT _____ ANEXO _____ ISAPRE _____

USO EXCLUSIVO MEDICO

(debe ser llenado de puño y letra del médico)

FECHA ATENCION

--	--	--

NOMBRE DEL PACIENTE _____ EDAD _____

DIAGNOSTICO _____

EXAMENES Y/O PROCEDIMIENTO _____

NOMBRE DEL MEDICO _____ FIRMA _____ FONDO _____

INTERCONSULTA A: _____ NUMERO DE SESIONES _____

DURACION DEL TRATAMIENTO _____

MEDICAMENTOS A PERMANENCIA (señalar)

MEDICAMENTO (S) _____ DOSIS _____ DURACION _____

USO EXCLUSIVO FONDO DE AYUDA MEDICA

1	DIA CAMA		
27	DIA CAMA UCI		
2	SERVICIO HOSPITALARIO		
3	HONORARIOS MEDICOS		
48	CESAREA		
4	PARTO NORMAL		
5	ABORTO NO PROVOCADO		

CONYUGE NO CARGA

31	DIA CAMA		
30	DIA CAMA UCI-UTI		
32	SERVICIO HOSPITALARIO		
33	HONORARIOS MEDICOS		
6	CONSULTA MEDICA		
7	EXAMENES		
8	MEDICAMENTOS		
9	CURACIONES		
10	INYECCIONES		
11	OTROS		
12	YESO		
13	TRATAMIENTO		
15	LENTES		
16	PLANTILLAS		
22	CONTROL GINECOLOGICO		
23	CONTROL PROSTATICO		
24	CIRUGIA MENOR		
25	AMBULANCIA		
28	TRATAMIENTO INFERTILIDAD		
29	PROTESIS / ORTESIS		
99	RELIQUIDACION		