

Isapre : BANMEDICA
 Documento : LIQUIDACION DE REEMBOLSO
 Fecha : 02/08/2013
 Correlativo : 122-207711880

Vencimiento :
 Correlativo P.A.M. :

Beneficiario : PALMA MANCILLA LUIS ARTURO R.U.T.: 6448955-0
 Cotizante : PALMA MANCILLA LUIS ARTURO R.U.T.: 6448955-0
 Plan : TPP1122 Vigencia: 01-01-2013
 Entidad Profesional : ASOC.NAC. DE PREV. DE LA CECUE R.U.T.: 70023860-1

Número de Boleta	Fecha de Atención	Código Prestación	Cantidad	Valor Prestación	Cobertura Isapre	Valor a Pagar	
00165836	2013-07-15	000101003 **	001	7.500	7.390	7.390	
NCR / SYSTEMEDIA				TOTAL :	7.500	7.390	7.390

Efectivo : 7.390

Desde la fecha de emisión, el prestador tiene un plazo de 90 días para ejercer ante la Isapre el cobro de este bono. El cotizante tiene un plazo de 30 días para solicitar a la Isapre la devolución del copago por bono no utilizado.

Pagar a : PALMA MANCILLA LUIS ARTURO
 La cantidad de : 7390 (SIETE MIL TRESCIENTOS NOVENTA PESOS. ***)

Firma del Prestador
 Firma del Afiliado



INTRANSFERIBLE
 Cualquier mal uso que se le de a este documento será sancionado por la Ley Nro.18.933

Responsable : 1ª COPIA: AFILIADO

Isapre : BANMEDICA
 Documento : LIQUIDACION DE REEMBOLSO
 Fecha : 02/08/2013
 Correlativo : 122-207711921

Vencimiento :
 Correlativo P.A.M. :

Beneficiario : PALMA MANCILLA LUIS ARTURO R.U.T.: 6448955-0
 Cotizante : PALMA MANCILLA LUIS ARTURO R.U.T.: 6448955-0
 Plan : TPP1122 Vigencia: 01-01-2013
 Entidad Profesional : ASOC.NAC. DE PREV. DE LA CECUE R.U.T.: 70023860-1

Número de Boleta	Fecha de Atención	Código Prestación	Cantidad	Valor Prestación	Cobertura Isapre	Valor a Pagar	
00178524	2013-07-30	003101300 **	001	150.600	15.997	15.997	
NCR / SYSTEMEDIA				TOTAL :	150.600	15.997	15.997

Efectivo : 15.997

Desde la fecha de emisión, el prestador tiene un plazo de 90 días para ejercer ante la Isapre el cobro de este bono. El cotizante tiene un plazo de 30 días para solicitar a la Isapre la devolución del copago por bono no utilizado.

Pagar a : PALMA MANCILLA LUIS ARTURO
 La cantidad de : 15997 (QUINCE MIL NOVECIENTOS NOVENTA Y SIETE PESOS. ***)

Firma del Prestador
 Firma del Afiliado



INTRANSFERIBLE
 Cualquier mal uso que se le de a este documento será sancionado por la Ley Nro.18.933

Responsable : 1ª COPIA: AFILIADO