

SOLICITUD DE REEMBOLSO SEGURO
COLECTIVO COMPLEMENTARIO DE SALUD
FORMATO INTERNET



52425601



PARA LLENAR CORRECTAMENTE ESTA SOLICITUD, A GRADECEREMOS LEER DETALLADAMENTE LAS INSTRUCCIONES

(Esta sección debe ser llenada por el asegurado titular)

I. ANTECEDENTES DEL ASEGURADO TITULAR

STUARDO

Apellido Paterno

CORREA

Apellido Materno

LUIS RAFAEL

Nombres

Póliza N°

R.U.T.:

9181958-9

Isapre

II. ANTECEDENTES DEL PACIENTE

LOSOS

Apellido Paterno

DIAZ

Apellido Materno

Ana María

Nombres

Parentesco
Cónyuge

R.U.T.:

7575761-4

Fecha de nacimiento

26/07/1960

Continuación de tratamiento

SI

NO

Si es continuación de tratamiento, indique diagnóstico:

Quistes Tuv (Hifocal)

III. ANTECEDENTES DEL REEMBOLSO

(Favor adjuntar los originales que acrediten el o los gastos incurridos por esta dolencia)

N° documentos presentados

1

Total gastos presentados
(de cargo del asegurado) \$

178.544,=

IV. INFORME MEDICO TRATANTE (NO LLENAR SI ES CONTINUACION DE TRATAMIENTO)

1.- Diagnóstico

2.- ¿Cuándo consultó el paciente por primera vez sobre este diagnóstico?

Grid for date

3.- Fecha de manifestación de los primeros síntomas

Grid for date

4.a- ¿Ha sido el paciente derivado de otro médico que lo derivó?

SI NO

4.b- Nombre y especialidad del médico que lo derivó

5.- Tratamiento:

6.- Si es embarazo indique:

Número de semanas

Grid for weeks

F.U.R.

Grid for F.U.R.

Nombre del médico

Especialidad

Teléfono

R.U.T.

Grid for R.U.T.

Grid for date of request

Fecha de solicitud

Firma y timbre médico

Por la presente autorizo a todo hospital, clínica, médico u otro profesional que nos haya prestado servicio a mi o a cualquier integrante de mi grupo familiar, a poner a disposición de Seguros de Vida SURA S.A. o de sus representantes debidamente acreditados, toda la información relacionada con las prestaciones que motivan esta solicitud de reembolso conforme lo dispone la Ley N° 19.628 y el artículo 127 del código sanitario.

31/03/2014

Fecha

[Signature]

Firma del asegurado titular

Nombre y timbre empresa

REEMBOLSO AMBULATORIO [5]

N°



N° CONTRATO 4244764- 1	N° CORR. 4562	COD. BEN.	SUCURSAL 89	FECHA EMISION 21-03-2014	TIPO PLAN E1	CATEGORIA BULINE :	SUC. PAGO 89	FECHA PAGO 21-03-2014	COD. CONV. 0
NOMBRE DEL PACIENTE					RUT TITULAR 007515761-4	NOMBRE TITULAR LOBOS DIAZ ANA MARIA			VALIDO HASTA 20-05-2014
NOMBRE DEL MEDICO / ESTABLECIMIENTO					RUT MED / ESTABLECIMIENTO	PROFESIONAL TRATANTE			COPAGO EN ISAPRE

DETALLE DE LAS PRESTACIONES

Rut Profesional / Establecimiento	Tipo Prestación	Código Atención	Cantidad	Código	N.Boleta Factura	Valor Cobrado	Bonificado Colmena
052000623-0 / 009911125-9	10 A	2301071	1	0	64422	195000	16.456
TOTALES						195.000	16.456

AFILIADO

N° FOLIO: 39544588



RUT Y FIRMA DE QUIEN RETIRA EL DOCUMENTO	007515761-4 LOBOS DIAZ ANA MARIA	DECLARACION: EL PROFESIONAL MEDICO O ESTABLECIMIENTO CERTIFICA HABER OTORGADO LA PRESTACION MEDICA INDICADA AL AFILIADO IDENTIFICADO EN ESTE ORDEN Tipo de Pago: Efectivo	FIRMA MEDICO / ESTABLECIMIENTO	FIRMA Y TIMBRE CAJERO	VALOR ORDEN 16456	BENEFICIOS 1622ndv007 89 - 48381743
--	-------------------------------------	--	--------------------------------	-----------------------	----------------------	--



Red Salud UC®

Facultad de Medicina



Rp.

Ana Mañica Lobos D¹²

OD: + 0,75 f

OI: + 1,75 f =

ENDOSCOPISTAS OTORGADOS
I. Colmenares Golden Cross S.A.

lente multifocal

add + 2,25 f ODI

add para con pectoral
+ 1,75 f/Odi.

Dr. Gonzalo Varas Mañica
Rut: 9.011.125-9
Oftalmología

04.02.14

• LABORATORIOS CLINICOS UC:
Solicitud de códigos e informaciones:
☎ 354 8636

• RADIOLOGÍA UC:
Solicitud de códigos e informaciones:
☎ 354 8686
Desde regiones ☎ 800 360 370

• CALL CENTER
Reserva de horas e informaciones:
☎ 676 7000

www.redsaluduc.cl

17

OPTICA MARIA GUTIERREZ E.I.R.L.

OPTICA

R.U.T.: 52.000.623-0

CASA MATRIZ: AV. RECOLETA N° 481 FONDO: 2 732 33 62

SUCURSAL : AV. RECOLETA N° 485 FONDO/FAX: 2 777 30 98

SANTIAGO - CHILE

www.opticarecoleta.cl

optica_recoleta.eirl@hotmail.com

BOLETA DE VENTA
Y SERVICIOS

Nº 64422

OPTICA RECOLETA

DIA	MES	AÑO
24	02	14

Nombre: *Ana Maria Rolo Ocas*

R.U.T.:

O.T.:

CANTIDAD	DETALLE	VALOR \$
	<i>Rechejo Optico</i>	
	<i>para receta</i>	

REEMBOLSADA

DUPLICADO CLIENTE

TOTAL \$ *195000*

GUILLERMO VERA GARY R.U.T.: 5.711.135-0 CONFOR 1081 F. 872 20 08 gracias@hotmail.com

RECOLETA N° 485 FONDO

DUPLICAR