

**ANEXO "C"**  
**SOLICITUD DE POSTULACIÓN A LA CUENTA 2 DEL FAMEFA**

**MÉDICO TRATANTE:**

**ESTE FORMULARIO TIENE VIGENCIA DE UN AÑO A CONTAR DE LA FECHA DE POSTULACIÓN A BENEFICIOS ECONÓMICOS ESTABLECIDOS EN LA NORMA DEL FONDO SOLIDARIO.**

**EL FORMULARIO DEBE SER LLENADO CON LETRA LEGIBLE.**

<b>PARA SER RESPONDIDO POR EL BENEFICIARIO TITULAR</b>				
<b>NOMBRE DEL BENEFICIARIO TITULAR O QUIEN LO REPRESENTE</b>				
.....				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	RUT	NOMBRES	
GRADO.....	Nº EMPLEADO.....	RUT.....	.....	
DOMICILIO: .....				
CALLE	Nº	BLOCK-DPTO.	VILLA-POBL	COMUNA
TELÉFONOS: CASA.....	TRABAJO.....	CELULAR.....	E-MAIL.....	
.....				
<b>NOMBRE DEL BENEFICIARIO POSTULANTE (SI EL POSTULANTE NO ES EL TITULAR DEBE IDENTIFICARSE)</b>				
.....				
APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES		
R.U.T.....	FECHA DE NACIMIENTO.....	CATEGORÍA.....		
DOMICILIO.....				
CALLE	Nº	BLOCK-DPTO.	VILLA - POBL.	COMUNA
TELÉFONOS: CASA.....	TRABAJO.....	CELULAR.....	E-MAIL.....	
.....				
AUTORIZO AL MÉDICO TRATANTE COLOCAR EN EL PRESENTE INFORME MÉDICO, TODOS LOS ANTECEDENTES MÉDICOS PERTINENTES A LA ENFERMEDAD, SEÑALANDO LOS EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS Y MEDICAMENTOS NECESARIOS PARA EL TRATAMIENTO				
.....				
FIRMA DEL BENEFICIARIO TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL				

<b>PARA SER RESPONDIDO POR EL MÉDICO TRATANTE</b>
<b>RESUMEN DE LA HISTORIA CLÍNICA DEL POSTULANTE:</b>
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

<b>DIAGNÓSTICO PRINCIPAL CAUSANTE DEL BENEFICIO:</b>
.....
.....
.....

<b>DIAGNÓSTICOS CONCOMITANTES DE RELEVANCIA:</b>
.....
.....
.....

**FUNDAMENTO DEL DIAGNÓSTICO CAUSANTE DEL BENEFICIO:**

.....  
.....

ETAPA DEL DIAGNÓSTICO: EN ESTUDIO  CONFIRMADO  (MARCAR LO QUE CORRESPONDA).

**LIMITACIÓN PSICOFÍSICA:**

.....

**TRATAMIENTOS REQUERIDOS:**

ETIOLÓGICO  SINTOMÁTICO  REHABILITACIÓN  EDUCACIONAL  OTROS (INDICAR):

.....

**REQUERIMIENTO MENSUAL CORRESPONDIENTE AL DIAGNÓSTICO.**

MEDICAMENTOS	INSUMOS	PROCEDIMIENTOS Y OTROS
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....

**MÉDICO TRATANTE:**

- UD DEBE DEFINIR ESTE REQUERIMIENTO MENSUAL EN LA RECETA Y/U ÓRDENES DE PROCEDIMIENTOS CUYAS COPIAS, CLARAMENTE LEGIBLES, DEBERÁN ADJUNTARSE A LA PRESENTE SOLICITUD.
- EN CASO DE REQUERIR FÁRMACOS Y/O INSUMOS DE ALTO COSTO, NO CONTEMPLADOS EN EL SISTEMA PÚBLICO MINSAL, UD DEBERÁ ADJUNTAR ESCRITO TÉCNICO JUSTIFICANDO DICHA SOLICITUD.

IDENTIFICACIÓN DEL MEDICO INFORMANTE

NOMBRE.....

ESPECIALIDAD..... RCM.....

ORGANIZACIÓN A LA QUE PERTENECE..... FECHA.....

(LLENAR CON LETRA DE IMPRENTA)

TIMBRE Y FIRMA DEL MEDICO TRATANTE

**PARA SER LLENADO POR EL CONTRALOR MÉDICO-DENTAL CORRESPONDIENTE**

- DETERMINAR SI LA PATOLOGÍA ESTÁ CONSIDERADA EN FAMEFA CUENTA N° 2
- VERIFICAR QUE LOS MEDICAMENTOS, INSUMOS Y PROCEDIMIENTOS INDICADOS POR EL MÉDICO TRATANTE ESTÉN EN DIRECTA RELACIÓN CON LA PATOLOGÍA ACOGIBLE, INDICANDO CON LA PALABRA "SI" (EN CASO DE CORRESPONDER A LA PATOLOGÍA Y A LO AUTORIZADO EN LA PRESENTE NORMA) o "NO" (EN CASO DE NO CORRESPONDER A LA PATOLOGÍA Y A LO AUTORIZADO EN LA PRESENTE NORMA), AL LADO DE CADA REQUERIMIENTO DE MEDICAMENTO, INSUMOS, PROCEDIMIENTO U OTRO.
- VERIFICAR QUE SE CUMPLAN CON LOS REQUISITOS PARA POSTULAR AL FAMEFA, CUENTA N°2.

**OBSERVACIONES DEL CONTRALOR MEDICO-DENTAL O CDTE. ORGANIZACIÓN DE SANIDAD:**

.....  
.....

GRADO Y NOMBRE DEL CMD

N° EMPLEADO.

UNIDAD.....

FECHA.....

TIMBRE Y FIRMA DEL CONTRALOR MÉDICO-DENTAL

**DE RESPONSABILIDAD DEL BENEFICIARIO:**

SR. BENEFICIARIO: PARA QUE SE TRAMITE SU SOLICITUD UD. DEBE:

1. ADJUNTAR SOLICITUD DE POSTULACIÓN VISADA POR EL CONTRALOR MÉDICO-DENTAL.
2. ADJUNTAR FOTOCOPIA DE LAS 3 ÚLTIMAS LIQUIDACIONES.
3. **ADJUNTAR RECETA DE MEDICAMENTOS Y/O EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS INDICADOS POR SU MÉDICO TRATANTE, VISADOS POR EL CONTRALOR MÉDICO-DENTAL.**
4. LAS RECETAS MÉDICAS DEBEN PRESENTARSE CON A LO MENOS 2 COTIZACIONES DE LOS FÁRMACOS.

TODO LO ANTERIOR UD. DEBE PRESENTARLO O ENVIARLO A LA ASISTENTE SOCIAL CORRESPONDIENTE EN EL DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO (DAB)  
AV. BULNES 377, OFICINA 805 (8° PISO) - TELÉFONOS 229762571 – 229762574

**LA FALTA UNO DE ESTOS ANTECEDENTES LA SOLICITUD NO SERÁ TRAMITADA.**

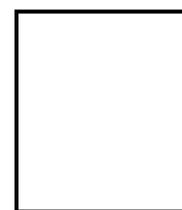
**DECLARACIÓN**

DECLARO QUE HE TOMADO CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS OBLIGACIONES QUE ME CORRESPONDERÁ ASUMIR PARA MANTENER LOS BENEFICIOS QUE ME OTORGA EL FAMEFA CUENTA 2 DE "ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS".

- A. EL PERÍODO DE BENEFICIOS QUE OTORGA LA CUENTA 2 DEL FAMEFA SERÁ DE UN AÑO, DEBIENDO APORTAR DESDE EL INICIO Y EN FORMA ADICIONAL UN 5% DEL TOTAL DE HABERES POR EL PRIMER BENEFICIARIO ACOGIDO A LA CUENTA 2.
- B. POR EL SEGUNDO BENEFICIARIO CARGA FAMILIAR (CÓNYUGE O HIJO), EL APORTE SERA DE UN 2% (DOS POR CIENTO) DEL TOTAL DE HABERES.
- C. EL TIEMPO EN LA CUENTA 2 SERÁ PRORROGABLE ANUALMENTE POR PERIODOS DE UN AÑO, PUDIENDO SER HASTA EL TIEMPO MÁXIMO QUE ESTABLE ESTA NORMA, SITUACIÓN QUE SE OFICIALIZARÁ POR RESOLUCIÓN FUNDADA DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN DEL FAMEFA
- D. POR CADA REPOSTULACIÓN (PRORROGA) DE CADA UNO DE LOS BENEFICIARIOS ACOGIDOS A LA CUENTA 2 Y AUTORIZADAS POR EL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN, A TRAVÉS DE RESOLUCIÓN FUNDADA, MI APORTE AUMENTARÁ EN UN 1 % (UNO POR CIENTO) SOBRE EL TOTAL DE HABERES.
- E. ACEPTAR LA REGLAMENTACIÓN DEL FAMEFA, Y LOS ACUERDOS DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN QUE SE ENCUENTREN VIGENTES Y SUS POSTERIORES MODIFICACIONES.
- F. ACEPTO EL TOPE MÁXIMO DE BONIFICACIÓN ANUAL PARA EL TITULAR E IGUAL CANTIDAD DE BONIFICACIÓN CAUSANTES DE ASIGNACIÓN FAMILIAR (CONYUGE E HIJOS), CUYA CIFRA SERÁ FIJADA EN RELACIÓN A LA DISPONIBILIDAD DE RECURSOS ECONÓMICOS Y PODRÁ SER MODIFICADA POR ACUERDO DEL CONSEJO DE ADMINISTRACIÓN.
- G. SI HE PERCIBIDO DE ALGÚN BENEFICIO DEL FAMEFA CUENTA N° 2, PARA RENUNCIAR A EL, DEBERÉ CONTINUAR APORTANDO EL 5% O ÚLTIMO PORCENTAJE QUE TUVE DE APORTE AL FONDO HASTA POR A LO MENOS EL TIEMPO EN QUE RECIBÍ EL BENEFICIO, CON UN MAXIMO DE 18 MESES.
- H. SI NO CONCURRO CON LOS APORTES MENSUALES CORRESPONDIENTES A TRES MESES CONSECUTIVOS ME SERÁN SUSPENDIDOS TODOS LOS BENEFICIOS DEL FONDO SOLIDARIO Y A PARTIR DEL CUARTO MES QUEDARÉ EXCLUIDO DEL FAMEFA, SIN DERECHO A REEMBOLSO ALGUNO Y SIN PERJUICIO DE LA APLICACIÓN DE LO DESCRITO EN EL PUNTO ANTERIOR.
- I. DECLARO CONOCER QUE PARA REPOSTULAR DEBO PRESENTAR LOS ANTECEDENTES CORRESPONDIENTES A LO **MENOS 30 DÍAS ANTES DEL VENCIMIENTO** DE LA RESOLUCIÓN VIGENTE. ASIMISMO, QUE SI NO PRESENTO LOS ANTECEDENTES PARA REPOSTULAR ANUALMENTE A LA CUENTA N° 2, ME SERÁN SUSPENDIDOS TODOS LOS BENEFICIOS.
- J. EN CASO DE REQUERIR DESPACHO A DOMICILIO DE MEDICAMENTOS Y/O INSUMOS, ME COMPROMETO A EFECTUAR EL PAGO DEL ENVIÓ AL MOMENTO DE LA ENTREGA DE ESTOS.

DECLARO HABER LEÍDO Y TOMADO CONOCIMIENTO ACERCA DE LAS OBLIGACIONES QUE ME CORRESPONDERÁ ASUMIR PARA MANTENER LOS BENEFICIOS QUE ME OTORGA EL FAMEFA CUENTA N° 2 DE "ENFERMEDADES CATASTRÓFICAS":

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL TITULAR O QUIEN LO REPRESENTA



HUELLA DACTILAR