

ENTREGADO POR CONTRALORIA MEDICA
CON FECHA _____

FECHA, _____/

CATEG. ___ /

DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN AL BENEFICIARIO
RECEPCION DE DOCUMENTO PARA REEMBOLSO

Nombre del Paciente Rut. Paciente

Nombre del Titular Rut. Titular

Domicilio Teléfono Fijo

Correo Electrónico Celular

BOLETAS

Nº	Monto	Fecha	Nº	Monto	Fecha

Notas // Antecedentes que se adjuntan

Cta.Cte. Cta.Vista/Prima Cta. RUT
Banco Nº de Cuenta Tipo de Cuenta

SE REQUIERE PODER NOTARIAL, SIMPLE O GENERAL, SEGÚN CORRESPONDA, OTORGADO POR EL TITULAR, PARA AQUELLOS BENEFICIARIOS QUE AUTORIZAN A TERCEROS O TENGAN APODERADO PARA EL RETIRO O RECEPCION DE DEPÓSITOS DE REEMBOLSOS.

NOTA: La devolución se hará efectiva en un plazo máximo de 30 días, para consultas por reembolsos Módulo SISAF (HOSP.FACH) llamar a los teléfonos 229766428 - 229766433-229766391 Reembolso DAB (AVDA. BULNES) llamar al teléfono 229762572. Reembolso (CEAF OSS) llamar al teléfono 229760546.

Otras consultas por descuentos de salud llamar al teléfono 02-29762572 o dirigirse a Av. Bulnes Nº 377 oficina Nº 805, en horario de atención de público de 8:00 Hrs. a 13:00 Hrs. (Lunes a Viernes).

Recibí Conforme

Entregue Conforme