SERVICIO DE BIENESTAR
FUNCIONARIOS APS DE LA I. MUNICIPALIDAD DE PUDAHUEL

FECHA DE SOLICITUD:

SOLICITUD DE BONIFICACION MÉDICA
SERVICIO DE BIENESTAR

NOMBRE- APELLIDO AFILIADO_____

CEDULA DE IDENTIDAD _____Nº TELEFONO_____

ESTABLECIMIENTO DONDE DESEMPEÑA_____

SOLICITO AL SERVICIO DE BIENESTAR BONIFICACION MEDICA CORRESPONDIENTES A LOS ANTECEDENTES QUE SE ADJUNTAN.

DOCUMENTOS QUE JUSTIFICAN LA SOLICITUD

BONO O BOLETA	FECHA ATENCION	COSTO
	TOTAL	**$**

_____
FIRMA AFILIADO

IMPORTANTE:

PARA SOLICITAR ESTE BENEFICIO EL AFILIADO DEBE TENER 6 MESES CUMPLIDOS DE DESCUENTO EN BIENESTAR

EL SOLICITANTE DEBE PRESENTAR DOCUMENTOS ORIGINALES, EN CASO DE MEDICAMENTOS DEBE PRESENTAR RECETA MEDICA JUNTO A LA BOLETA DE FARMACIA.

EL PLAZO PARA PRESENTAR LOS DOCUMENTOS SON 30 DÍAS HABILES

NOTA: EL MONTO A REEMBOLSAR POR SALUD ES CON TOPE DE $180.000 DE LOS CUALES SOLO EL 50% SE REEMBOLSARA POR CONCEPTO DE MEDICAMENTOS.

USO EXCLUSIVO DEL SERVICIO DE BIENESTAR

FECHA DE RECEPCION

_____
FIRMA DE QUIEN RECEPCIONA