

SOLICITUD DE REINTEGRO MÉDICO

IDENTIFICACIÓN DEL BENEFICIARIO			
Nombre completo			
Cédula de Identidad		C.M.C. N°	
Fecha Nacimiento		Teléfono	
Dirección actual			
Comuna		Ciudad	
Correo electrónico			
DATOS CUENTA BANCARIA			
Banco		Tipo de cuenta	
N° de cuenta			
IDENTIFICACIÓN DE CARGA ATENDIDA			
Nombre completo			
Cédula de identidad			

N° de doc.		Fecha		Valor \$	
N° de doc.		Fecha		Valor \$	
N° de doc.		Fecha		Valor \$	
N° de doc.		Fecha		Valor \$	
N° de doc.		Fecha		Valor \$	

Plazo: Artículo 5° el Decreto Supremo 509, fija el plazo en un año presupuestario, es decir, se recepcionarán las boletas, facturas o voucher de pago, con fecha del 1° de enero hasta 31 de diciembre del año, y solo las de diciembre hasta 31 de enero del siguiente año.

Aporte: Artículo 6° el Decreto Supremo 509, garantiza una cobertura de un 50% en relación con el valor vigente de FONASA nivel 1.

Toda boleta, factura o voucher, debe indicar o adjuntar su detalle de prestaciones (nombre o código de la prestación pagada).

Reembolso de bonos FONASA e ISAPRES: beneficio solo para los titulares de esta DIPRECA, sujeto a mismos requisitos de plazos y aportes. Los bonos deben adjuntar su comprobante de pago, como el voucher, boleta o factura.

Nombre, Firma y timbre

Ejecutivo de Atención

Firma y Rut Solicitante

Fecha

Ultima actualización: febrero 2026