

CHECK LIST GASTOS MEDICOS

NOMBRE DEL TRABAJADOR
SUCURSAL
TIPO DE REEMBOLSO

RUT
FECHA DE ENVIO

Documentos requeridos	<i>Consulta Médica</i>	<i>Compra medicamentos</i>	<i>Hospitalización corriente</i>	<i>Cirugía Ocular</i>	<i>Cirugía Bariátrica</i>	<i>Maternidad</i>
Bono de atención						
Boletas por servicio e insumos médicos						
Recetas y Boletas medicamentos						
Programa de atención						
Pre-factura o detalle cuenta						
Epicrisis						
Resultado de exámenes						
IMT						
Historial de prestaciones medicas desde enero de 2015 a la fecha						
Carnet de alta original indicando tipo de parto						

FECHA DE RECEPCION

--