

# SOLICITUD DE PAGO DE STOP LOSS

## INDIVIDUALIZACIÓN DEL TRABAJADOR

| APELLIDO PATERNO     | APELLIDO MATERNO     | NOMBRE               | RUT                  | FECHA SOLICITUD |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |                 |

## NOMBRE DEL PACIENTE ASEGURADO O BENEFICIARIO

| APELLIDO PATERNO     | APELLIDO MATERNO     | NOMBRE               | RUT                  |  |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |  |

## DETALLE PRESTACIONES

## USO EXCLUSIVO RRHH

| Tipo de Prestación (*) | FECHA PRESTACIÓN     | Nº BONO              | Nº REEMBOLSO         | Nº PROGRAMA MÉDICO (PAM) | EXCLUSIVO PLAN CERRADO FACTURA/BOLETA Nº | COPAGO (MONTO EN PESOS) | ACEPTACIÓN(A) RECHAZO(R) DIF.VALOR |
|------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|--------------------------|------------------------------------------|-------------------------|------------------------------------|
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |
| <input type="text"/>   | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/>     | <input type="text"/>                     | <input type="text"/>    | <input type="text"/>               |

FIRMA DEL TRABAJADOR

USO EXCLUSIVO RECURSO HUMANO

RECIBO

|                 |  |                   |  |       |  |
|-----------------|--|-------------------|--|-------|--|
| LIQUIDACIÓN     |  | NOMBRE TRABAJADOR |  |       |  |
| TOTAL COPAGO    |  | Nº CHEQUE         |  | BANCO |  |
| MENOS STOP LOSS |  | FECHA             |  | MONTO |  |

|         |  |                    |  |  |  |
|---------|--|--------------------|--|--|--|
|         |  | FIRMA DE RECEPCIÓN |  |  |  |
|         |  | RUT                |  |  |  |
| A PAGAR |  |                    |  |  |  |

- (\*) TIPO DE PRESTACIÓN
- 1 Dental
  - 2 Consulta Médica
  - 3 Consulta Psiquiátrica o psicológica
  - 4 Exámenes de laboratorio
  - 5 Rayos
  - 6 Procedimientos
  - 7 Hospitalizaciones
  - 8 Optica
  - 9 Kinesiología / fonoaudiología
  - 10 Otras

Diagóstico en caso de Hospitalización

Diagóstico en caso de Prestación Oftalmológica