



IQUIQUE - CORMUDES
SERVICIO DE BIENESTAR APS
LEY Nº 19.378 APS IQUIQUE

Fecha _____
FOLIO Nº _____

SOLICITUD DE BONIFICACIONES MÉDICAS

Antecedentes del Afiliado

Nombre Completo	RUT

Establecimiento	Teléfono Particular	Previsión

El funcionario (a) individualizado anteriormente solicita se le otorgue el beneficio de :

Medicamentos
Lentes Ópticos o de contacto

Ortopédico
Insumos Médicos

Para ello Adjunta la siguiente documentación:

1.-
2.-
3.-
4.-
5.-

Uso exclusivo Servicio de Bienestar

Nombre de quien recibe: _____

Fecha de Recepción Solicitud: _____

Timbre
Servicio de Bienestar

Uso exclusivo Contabilidad Servicio Bienestar

Tipo de Contrato _____

Monto a Pagar _____

Firma
Contador Bienestar

Timbre y Firma
Encargada Servicio de Bienestar

