

Fecha recepción Bienestar	
Recepcionado por	

SOLICITUD DE BENEFICIOS SERVICIO DE BIENESTAR SLEP CA

ANTECEDENTES DEL SOCIO/A:

Activo	
--------	--

Jubilado	
----------	--

Nombre y Apellidos			
Cédula de Identidad		Teléfono	
Establecimiento Socio Activo		Comuna	
Correo electrónico socio/a			

CAUSANTE DEL EVENTO:

Socio/a	
---------	--

Carga familiar	
----------------	--

REEMBOLSOS MEDICOS Y ODONTOLOGICOS		
	Monto gastado	Monto a reembolsar (uso exclusivo S.B)
Consulta medica		
Intervenciones quirúrgicas		
Hospitalización		
Ex. de laboratorio		
Ex. rayos X, radiológicos e imagenología		
Ex. especializados de carácter medico		
Ex. histopatológicos		
Atención odontológica		
Tratamiento profesional de la salud		
Medicamentos		
Implantes		
Marcapasos		
Traslado de enfermos		
Compra o reparación de Lentes		
Aparatos ortopédicos, prótesis y ortesis		
Audífonos		
Atención urgencia, primeros auxilios y enfermería		
TOTAL		

SUBSIDIOS		
	selec.	Monto a reembolsar (uso exclusivo S.B)
Nacimiento y adopción		
Matrimonio y unión civil		
Fallecimiento por afiliado		
Fallecimiento por carga		
Educación		
Ayuda asistencial		
Ayuda medica		
catástrofe		
	TOTAL	

FIRMA SOCIO/A DE BIENESTAR

FIRMA FUNCIONARIO BIENESTAR

Uso exclusivo Servicio de Bienestar
Beneficios Pagados y Observaciones