



**PROCESO DE APELACIÓN  
DECLARACIÓN DE GASTOS MÉDICOS**

Para la causal: 4) Gasto permanente en salud o enfermedad grave sobreviniente.

Nombre Postulante : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_

**IDENTIFICACIÓN DEL INTEGRANTE DEL GRUPO FAMILIAR QUE PADECE LA ENFERMEDAD**

Nombre : \_\_\_\_\_

RUT : \_\_\_\_\_

Diagnóstico : \_\_\_\_\_

**GASTOS MÉDICOS** (declarar gastos mensuales por concepto de enfermedad y/o tratamiento)

DETALLE	GASTO MENSUAL (\$)	REEMBOLSO (\$)
Honorarios Médicos		
Medicamentos		
Gasto por Exámenes		
Bonos		
Hospitalizaciones		
Terapias		
Otros Gastos		
<b>TOTAL</b>		

**Nota 1:** El presente documento debe ser acompañado con las boletas que respalden la información entregada.

**Nota 2:** En el caso de declarar un gasto mensual médico asociado a un integrante del grupo familiar, se deberá adjuntar el respaldo del saldo pendiente de pago, después de la bonificación realizada por la Isapre o Fonasa.

