



GOBIERNO DE CHILE  
MINISTERIO DE SALUD

SEREMI DE SALUD REGION de Coquimbo  
Comisión de Medicina Preventiva e Invalidez

Reclamo N° : \_\_\_\_\_

Fecha Ingreso: \_\_\_\_\_

### FORMULARIO DE RECLAMO EN CONTRA DE RESOLUCION DE ISAPRE

(Sírvese llenar todos los datos solicitados. Copia de esta presentación se remitirá a su Isapre)

#### 1.- Identificación del(la) Trabajador(a):

Ap. Paterno:		Ap. Materno:		Nombres:	
RUT:		Edad:		Sexo: M ___ F ___	
Dirección:				Fono: _____	
Prof., oficio o cargo:				Comuna: _____	
Empleador(a):				ISAPRE: _____	
				Fono: _____	

#### 2.- Reclamo contra la modificación de su Licencia Médica por la ISAPRE por la causal:

Detalle de la licencia reclamada:				Marque con una X la resolución de la Isapre sobre su licencia:			Fecha de Notificación de la Resolución de la Isapre:
N° Licencia:	Desde:	Hasta:	N° días	Recha zo.	Re duc ción.	Error en cálculo de subsidio	

Diagnóstico(s) : \_\_\_\_\_  
 Médico tratante : \_\_\_\_\_ Especialidad : \_\_\_\_\_  
 Fecha de Nacimiento de el(la) niño(a) menor de un año si es Licencia tipo 4: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 3.- Antecedentes y Fundamentos del reclamo :

¿Sus licencias son continuadas? : SI \_\_\_ NO \_\_\_    ¿Por el mismo Diagnóstico? : SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Desde cuándo? : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_    ¿Se reintegró a trabajar después de esta(s) licencia(s) : SI \_\_\_ NO \_\_\_

¿Por qué NO ? : \_\_\_\_\_

¿Fue citado a Peritaje por la ISAPRE? : SI \_\_\_ NO \_\_\_    ¿Acudió? : SI \_\_\_ NO \_\_\_    Fecha : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

¿Por qué NO ? : \_\_\_\_\_

¿Tiene reclamos anteriores? : SI \_\_\_ NO \_\_\_    Fecha de último reclamo : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Motivo del reclamo: (explique brevemente por qué no está de acuerdo con la Resolución de la Isapre)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

ADJUNTA : INFORME MEDICO \_\_\_, EXAMENES \_\_\_, OTROS: \_\_\_\_\_

Nota: Si el motivo del rechazo por parte de la Isapre es por presentación fuera de plazo, Ud. debe adjuntar la Sección A.2 de la Licencia (Comprobante del trabajador), donde consta la fecha en que presentó su licencia a su empleador.

NOTA.- El plazo para efectuar el reclamo es de 15 días hábiles a contar de la fecha en que recibió la notificación por escrito de su ISAPRE, (rechazo o reducción).

**DECLARO QUE TODOS LOS ANTECEDENTES APORTADOS SE AJUSTAN A LA VERDAD Y ASUMO MI RESPONSABILIDAD DE COMPROBARSE LO CONTRARIO.**

NOMBRE \_\_\_\_\_

RUT \_\_\_\_\_

FIRMA \_\_\_\_\_

**USO EXCLUSIVO DE COMPIN, (MEDICO CONTRATADO)**

**CONSIDERANDO:** (causales de resolución)

**SE CONCLUYE:**

**RESOLUCIÓN N°**

<input type="checkbox"/>	<b>ACoger</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> íntegramente la L. M. Individualizada.
<input type="checkbox"/>	<b>ACoger PARCIALMENTE</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> la L. M. Individualizada por _____ días.
<input type="checkbox"/>	<b>RECHAZAR</b> el reclamo, confirmando la resolución de la Isapre.
<input type="checkbox"/>	<b>Otro</b> , (especificar)

\_\_\_\_\_  
**Firma y Timbre de médico contratador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Resolución**

**MODIFICACIÓN POSTERIOR, (si procede):**

**CONSIDERANDO:**

<input type="checkbox"/>	Recurso de Reposición, (Ley 19.880), de el(la) trabajador(a).
<input type="checkbox"/>	Recurso de Reposición, (Ley 19.880), de la ISAPRE.
<input type="checkbox"/>	Oficio Ord. de SUSESO N° _____, del ____/____/____.
<input type="checkbox"/>	Otro, (especificar):

**SE CONCLUYE:**

**RESOLUCIÓN N°**

<input type="checkbox"/>	<b>Anular la Resolución N°</b> _____ <b>y ACOGER</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> íntegramente la L. M. Individualizada.
<input type="checkbox"/>	<b>Anular la Resolución N°</b> _____ <b>y ACOGER PARCIALMENTE</b> el reclamo, debiendo la Isapre <b>AUTORIZAR</b> la L. M. Individualizada por _____ días.
<input type="checkbox"/>	<b>Confirmar la Resolución N°</b> _____ <b>que rechazó</b> el reclamo, confirmando la resolución de la Isapre.
<input type="checkbox"/>	<b>Otro</b> , (especificar):

\_\_\_\_\_  
**Firma y Timbre de médico contratador**

\_\_\_\_\_  
**Fecha de Resolución**