

## SOLICITUD DE COBERTURA PARA CLÍNICA LACTANCIA

Se requiere completar la información del formulario, si es necesario recurra a su médico para obtener la información. Importante mencionar que este formulario deber ser adjuntado con su solicitud de reembolso en nuestra Sucursal Virtual, además de la siguiente información:

- Boleta codificada
- Detalle de prestaciones realizadas

### DECLARACIÓN DE COTIZANTE

Nombre completo paciente		
RUT		
Edad		
Diagnóstico		
Código de prestación		
Marcar con una x prestaciones realizadas	Consulta Matrona, enfermera o nutricionista	
	Consejería Lactancia Materna	
	Consulta Pediátrica	
	Nutricionista por alergia alimentaria	
	Psicólogo para la madre	
	Insumos	