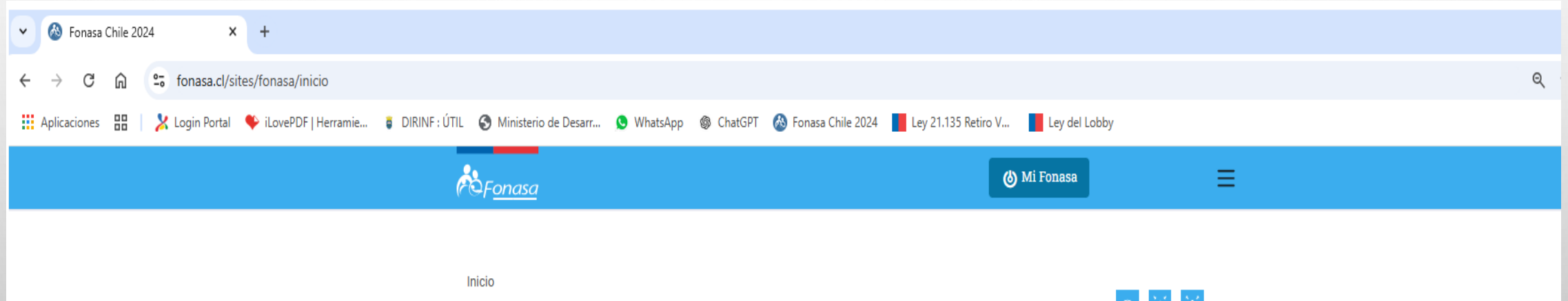
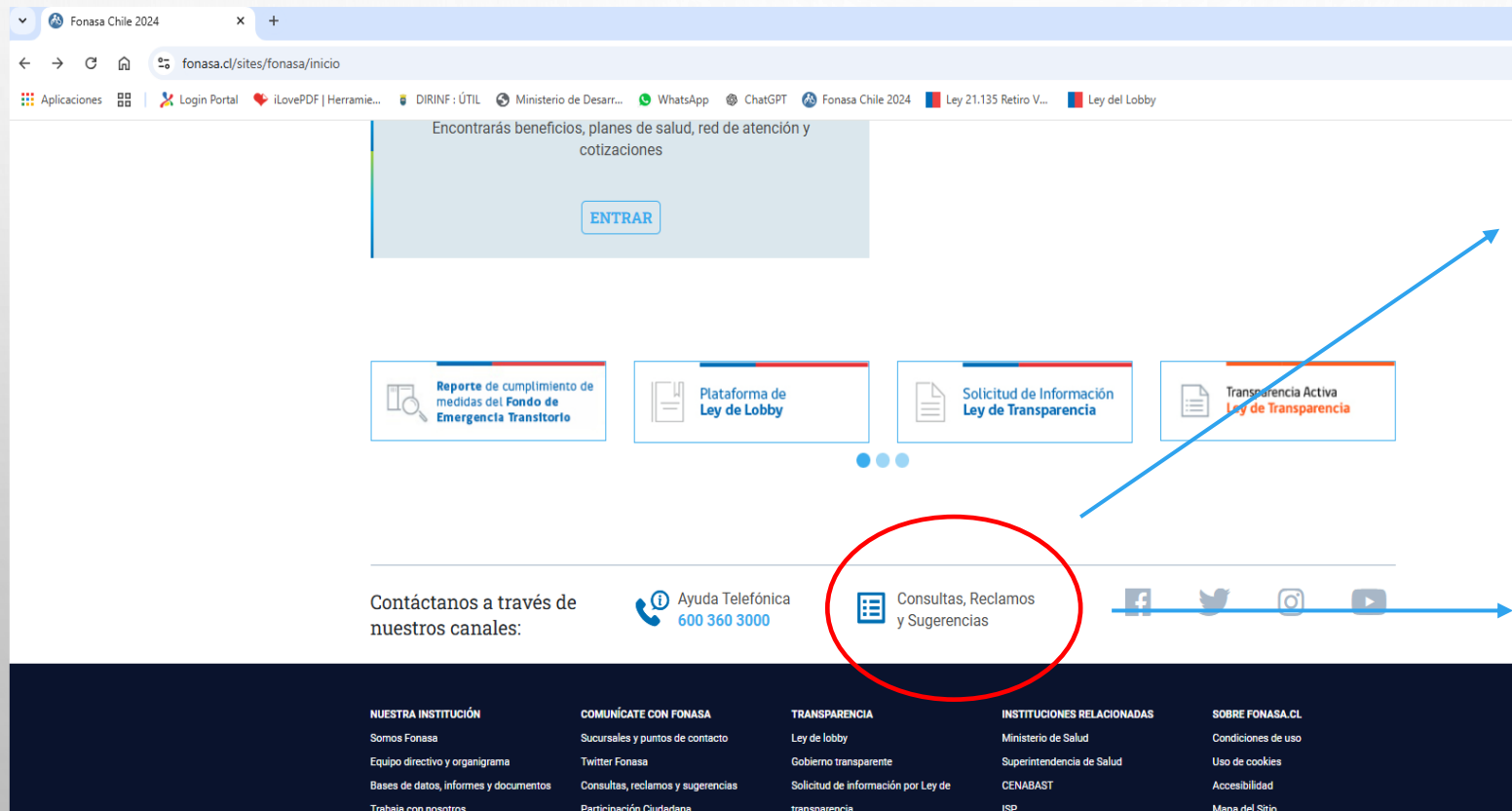


¿CÓMO SOLICITO POR INTERNET TIMBRE NO REEMBOLSABLE PARA PRESTACIONES MÉDICAS EN FONASA?

1.- INGRESAR AL PORTAL DE FONASA:



2. – CONSULTAS, RECLAMOS Y SUGERENCIAS:



The screenshot shows the Fonasa Chile website interface. At the top, there is a navigation bar with various links. Below the navigation bar, there is a main content area with a large blue button labeled "ENTRAR". Below this, there are four service tiles: "Reporte de cumplimiento de medidas del Fondo de Emergencia Transitorio", "Plataforma de Ley de Lobby", "Solicitud de Información Ley de Transparencia", and "Transparencia Activa Ley de Transparencia". At the bottom of the page, there is a footer with contact information and social media links. A red circle highlights the "Consultas, Reclamos y Sugencias" link in the footer, and a blue arrow points from this link to a callout box on the right.



Consultas,
Reclamos y
Sugerencias

Haz click en:
**Consultas, Reclamos
y Sugerencias**

3.- INGRESA LOS DATOS:

Consulta, reclamo, sugerencia, felicitación o solicitud
Beneficiarios: Consulta, Felicitación, Reclamo o Solicitud - Prestador Jurídico: Consultas y Solicitudes Inscripción, Actualización y Renuncia - Prestador Natural: Consultas

[Recomendación:](#) Si tienes dudas sobre cómo realizar este servicio, consulta la pestaña **"Instrucciones"** justo a la derecha

Realice diferentes tramites completando el siguiente formulario

1 **Tipo Solicitud** 2 **Datos Solicitante y Afectado** 3 **Comprobante de Envío**

Datos Solicitud
Por favor complete los datos a continuación asociados al tipo de solicitud a realizar

Tipo Usuario *	Seleccione
Tipo *	Seleccione
Concepto *	Seleccione
Detalle *	Seleccione

* Datos obligatorios

Continuar

4.- COMPLETAR

Datos Solicitud

Por favor complete los datos a continuación asociados al tipo de solicitud a realizar

Tipo Usuario *	Beneficiario
Tipo *	Solicitud
Concepto *	Reembolsos Y Devoluciones
Detalle *	Timbre Prestaciones No Reembolsables O No Codificadas
Descripción *	Timbre no reembolsable para poder reembolsar con mi seguro complementario. <small>Máximo 3500 caracteres.</small>

Ingresar datos como en el ejemplo

Requisitos o Información Adicional

Por favor complete los requisitos o información adicional a la solicitud

Subir archivos	Elegir archivos Sin archivos seleccionados
	<small>Si el nombre del archivo cuenta con caracteres especiales no permitidos, los mismos serán reemplazados para evitar problemas en la carga de archivos. Formatos permitidos: .pdf,.doc,.docx,.jpg,.jpeg,.png Peso máx. permitido 20MB</small>

Adjuntar el archivo que quiere enviar a FONASA

* Datos obligatorios

Continuar

5.- SELECCIONAR DOCUMENTO MÉDICO:

TRANSBANK
VENTA COPIA CLIENTE
TARJETA DE DÉBITO

R.U.T.: [REDACTED]
C.T.A. O EXENTA ELECTRÓNICA
N° [REDACTED]

Ñuñoa

SANTIAGO
RUT: [REDACTED]
597029782482-A1737537-124-344
VALIDO COMO BOLETA

13/11/2024
VISA DEBITO
MONTO VENTA: \$25.210
IVA: \$4.790
TOTAL: \$30.000
MONEDA: PESO
OPERACION: [REDACTED]

AUTORIZACION: [REDACTED]


Centro Médico
Nombre [REDACTED]

Datos del Centro Médico

SANTIAGO

FECHA EMISIÓN: 2024-11-13 HORA: 09:33:09
R.U.T.: [REDACTED]
SEÑOR (ES): Nombre [REDACTED]
CONTACTO: Teléfono o Correo [REDACTED]
INDICADOR DE SERVICIO: Boletas de venta y servicios

ARTÍCULO	VALOR
Consulta Médica [REDACTED] 1 X 30.000	\$30.000
MONTO EXENTO	\$30.000
MONTO TOTAL	\$30.000
VALOR A PAGAR	\$30.000



CLINICA Nombre

R.U.T.:
BOLETA NO AFECTA O
EXENTA ELECTRÓNICA
N°

Santiago, Fecha 2024

Señor(es) : Datos COD. Cliente :
Dirección : R.U.T. :
Comuna : Santiago Ciudad : SANTIAGO

Item	Código	Descripción	U.M.	Cantidad	Precio Unit.	Valor Exento	Valor
1	0	CONSULTA MEDICA	UN	1,00	40.000,00	40.000	40.000

VALIDO COMO BOLETA

TRANSBANK
VENTA COPIA CLIENTE
TARJETA DE DÉBITO

VALIDO COMO BOLETA

13/11/2024
VISA DEBITO
MONTO VENTA: \$25.210
IVA: \$4.790
TOTAL: \$30.000
MONEDA: PESO
OPERACION: [REDACTED]

AUTORIZACION: [REDACTED]

04 MAY 2024
PAGADO

Exento: \$ 40.000
TOTAL: \$ 40.000

Datos del Profesional que emite Boleta	BOLETA DE HONORARIOS ELECTRONICA N°
	Fecha: 29 de Mayo de 2024
Señor(es): Domicilio:	Rut:
Por atención profesional:	
PSICOTERAPIA- HORA 03-06-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 10-06-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 17-06-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 24-06-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 01-06-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 08-07-2024	20.000
PSICOTERAPIA- I HORA 15-07-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 22-07-2024	20.000
PSICOTERAPIA- HORA 29-07-2024	20.000
PSICOTERAPIA- I HORA 05-08-2024	20.000
Total Honorarios \$:	200.000

6.- ADJUNTAMOS EL ARCHIVO:

Requisitos o Información Adicional

Por favor complete los requisitos o información adicional a la solicitud

Subir archivos

Elegir archivos Sin archivos seleccionados

Si el nombre del archivo cuenta con caracteres especiales no permitidos, los mismos serán reemplazados para evitar problemas en la carga de archivos.

Formatos permitidos: .pdf,.doc,.docx,.jpg,.jpeg,.png

Peso máx. permitido 20MB

Boleta Consulta Medica.jpg



Subir archivo médico y
continuar

* Datos obligatorios

Continuar

7.- COMPLETAR DATOS DEL AFILIADO:

Datos Solicitante

Por favor complete el siguiente formulario con los datos del solicitante

Tipo identificación *	<input type="text" value="Cédula Nacional"/>	Comuna *	<input type="text" value="ÑUÑOA"/>
RUN *	<input type="text" value="RUT DEL AFILIADO A FONASA"/>	Dirección *	<input type="text" value="AV. IRARRAZAVAL 2434"/>
Nacionalidad *	<input type="text" value="CHILE"/>	Teléfono 1 *	<input type="text" value="988388611"/>
Nombres *	<input type="text" value="DANIELA ALEJANDRA"/>	Teléfono 2	<input type="text" value="Teléfono móvil Ejem.: 92345445"/>
Apellidos *	<input type="text" value="CORREA JARA"/>	Teléfono fijo	<input type="text" value="Teléfono fijo. Ejem.: 92345445"/>
Género *	<input type="text" value="FEMENINO"/>	Email *	<input type="text" value="dcorrea@nunoa.cl"/>
Fecha Nacimiento *	<input type="text" value="25/12/1989"/>	¿Asegurado es el mismo afectado? *	<input checked="" type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
Región *	<input type="text" value="REGIÓN METROPOLITANA DE SANTIAGO"/>		

* Datos obligatorios

[Volver](#)

[Crear solicitud](#)



Una vez ingresados los datos
puede Crear la solicitud.


8.- CONFIRMAR ENVIO :

Género *
Fecha
Nacimiento
Región *

* Datos obligatorios

[Volver](#) [Crear solicitud](#)

Confirmar Envío de Solicitud

 **¿Está seguro de enviar la solicitud ingresada?**

[Cancelar](#) [Enviar](#)

Pulsar enviar

9.- COMPROBANTE DE ENVÍO:

Realice diferentes tramites completando el siguiente formulario



Tipo Solicitud



Datos Solicitante y Afectado



Comprobante de Envío

Su **solicitud** ha sido procesada con éxito
Bajo el folio N° **2122411**

Se le notificará a **dcorrea@nunoa.cl** cuando se de respuesta a su solicitud.

10.- CORREO CONFIRMACIÓN DE INGRESO:

