



USO EXCLUSIVO DE OFICINA DE PARTES  
FECHA:  
N° FOLIO:

N° FORMULARIO: \_\_\_\_\_ /

**FORMULARIO SOLICITUD DE ACCESO A PRESTACIONES MÉDICAS LEY 21.021**  
(COMPLETAR CON LETRA IMPRENTA LEGIBLE O DE FORMA DIGITAL HACIENDO DOBLE CLIC EN CADA RECUADRO)

**I. ANTECEDENTES DEL(LA) BENEFICIARIO(A)**

N° RUN/PASAPORTE	APELLIDO PATERNO	APELLIDO MATERNO	NOMBRES

SISTEMA DE SALUD: SELECCIONE CON UNA (X) EL SISTEMA AL CUAL PERTENECE					
FONASA	ISAPRE	CAPREDENA	EJÉRCITO (SISAE)	ARMADA (SISAN)	FACH (SISAF)

**ANTECEDENTES ADICIONALES DEL(LA) BENEFICIARIO(A)**

CORREO ELECTRÓNICO	TELÉFONO(S) DE CONTACTO(S)

DATOS DOMICILIO PARTICULAR			
CALLE Y NUMERACIÓN	VILLA/POBLACIÓN	COMUNA	CIUDAD

\_\_\_\_\_  
FIRMA DEL(LA) BENEFICIARIO

**II. SEÑALE LA(S) ATENCIÓN(ES) MÉDICA(S) QUE REQUIERE**

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

**III. ANTECEDENTES COMPLEMENTARIOS A LA SOLICITUD SEGÚN LO QUE SE INDICA AL REVERSO DE LA PÁGINA: (Señale con letra legible, toda documentación que adjunta a la solicitud).**

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

**IV.** Marcar con una "X" si para su atención requiere de acompañamiento, traslado y/u hospedaje.

Traslado aéreo

Hospedaje

Acompañamiento

**NOTA: Debe tener presente que estos beneficios sólo podrán ser utilizados si:**

**Acompañamiento:** Tener Certificado de Discapacidad, el cual deberá señalar "Movilidad Reducida", o Informe Médico Tratante Ley N°21.021 que respalde la necesidad de contar con acompañamiento para llevar a cabo su tratamiento.

**Hospedaje:**

- El establecimiento de salud deberá ubicarse al menos a dos Regiones de distancia de su domicilio.
- La atención requiere ser efectuada por dos o más días continuos. Ésta última información deberá ser respaldada a través del Informe Médico Tratante Ley N°21.021.

### DOCUMENTACIÓN QUE DEBE ACOMPAÑAR, SEGÚN PRESTACIÓN MÉDICA A SOLICITAR

CONSUL		
FONASA	CAPREDENA	SISAE, ISAPRE, SISAF, SISAN
Documento que cita a Control Médico o Documento de Derivación a especialista (Medicina General no requiere documentación a presentar).	Informe Médico Tratante Ley N°21.021 (IMT), en caso de ser continuidad de tratamiento. De ser primera atención, no se requiere adjuntar el IMT a este formulario.	- Comprobante reserva de hora. - Informe Médico Tratante Ley N°21.021 (IMT), en caso de ser continuidad de tratamiento. De ser primera atención, no se requiere adjuntar el IMT a este formulario.

PRÓTESIS, ÓRTESIS, AYUDAS TÉCNICAS, INSUMOS U OTROS		
FONASA,	CAPREDENA	SISAE, ISAPRE, SISAF, SISAN
Receta u Orden Médica.	Informe Médico Tratante Ley N° 21.021. (IMT)	Financiamiento opera mediante Solicitud de Reembolso.

EXÁMENES, PROCEDIMIENTOS		
FONASA	CAPREDENA	SISAE, ISAPRE, SISAF, SISAN
Receta u Orden Médica.	Informe Médico Tratante Ley N°21.021 (IMT).	- Comprobante reserva de hora. - Informe Médico Tratante Ley N°21.021 (IMT).

#### IMPORTANTE:

1. Verifique que los datos ingresados, tanto en la solicitud, como de la documentación médica que adjunta se encuentre legible, con timbres, sin errores de escritura u omisión.
2. En el caso de los afiliados/as a los Sistemas de Salud del Ejército (SISAE), posterior a la revisión de la presente solicitud, se emitirá un Certificado de Exención de Cobro de Copago, el cual será remitido al correo electrónico de cada solicitante.
3. La Subsecretaría para las Fuerzas Armadas podrá requerir al solicitante u otra entidad cualquier otro antecedente que sea necesario, para iniciar o dar continuidad al requerimiento médico.
4. La documentación puede ser entregada en Av. Libertador Bernardo O'higgins, N°1166, piso 1, Santiago; a través del sitio web <https://siac-oirs.ssffaa.cl/ES/AtencionCiudadana/OIRS> (1) o por correo electrónico, a través de la casilla [beneficiariosley21021@defensa.cl](mailto:beneficiariosley21021@defensa.cl)
5. Todas las actuaciones administrativas de la Subsecretaria para las Fuerzas Armadas son gratuitas.
6. En caso de dudas, contactar a la Unidad de Reparación y Asistencia a beneficiarios(as) Ley N°21.021, a través de los Teléfonos 562 2937 9956 - 569 3232 6827 o correo electrónico [beneficiariosley21021@defensa.cl](mailto:beneficiariosley21021@defensa.cl)

(1) Guía Online: Debe acceder al formulario de ingreso identificándose con su ClaveÚnica. Una vez autenticado, debe completar los campos "Medio de Respuesta", "Ciudadano". A continuación, en el campo "Solicitud" debe seleccionar lo siguiente: Tipo de solicitud: Trámite / Subcategoría: Ley 21.021 / Subcategoría: Solicitud de Beneficio. Complete la descripción del trámite, detallando motivo de la solicitud. Complete los datos de validación. Adjunte los documentos requeridos para este trámite a través de la opción "Documentos Adjuntos". Cuando tenga todos los antecedentes, seleccione los archivos ("seleccionar") y después cárguelos en la página ("subir archivo"). Recuerde que el tipo de archivo permitido es el formato PDF, y su tamaño máximo no debe superar los 10 MB. Una vez completados todos los campos, debe seleccionar la opción "enviar formulario" para finalizar el ingreso de su trámite. Como resultado del trámite, habrá solicitado el beneficio.