

Santiago, XX de XXXXXXXX de 2023

Al COMPIN / SUSESO:

[NOMBRE PACIENTE], [RUT], con domicilio en [_____], tras resoluciones N° [_____] de fecha [_____] dictaminadas por Isapre [_____] / FONASA, rechazándome la/s licencia/s médica/s folios [_____] y [_____], me dirijo a ustedes porque el no pago / reducción / rechazo / problemas de pago de mis licencias médicas [_____]

Esta patología de salud que hoy padezco tiene su origen en lo que paso a relatar (puedo contar mi contexto de salud y circunstancias personales, contexto familiar, etc.) [_____]

Mi tratamiento ha consistido en [_____]

Mi evolución ha sido la siguiente [_____]

Trabajo como [_____] en [_____] hace [_____] meses /años y mis labores consisten en [lo más detallado posible]

Como se puede apreciar mi trabajo requiere [_____], lo que debido al estado de salud actual, no logro realizar debidamente porque [_____]

Actualmente me encuentro [indicar si se le dió el alta médica, en caso contrario indicar el tratamiento ambulatorio, con licencia, etc., en el que se encuentra]

Estoy dispuesto/a a que me pericien o me realicen los estudios médicos que sean necesarios, por parte de COMPIN, SUSESO o la Isapre, de estimarlo necesario.

Acompaño a este reclamo los siguientes antecedentes /documentos:

- 1.
- 2.
- 3.
- 4.
- 5.
- 6.

Que, en consideración a todo lo señalado precedentemente, y a que esta parte ha deducido este recurso legal en tiempo y forma.

LE SOLICITO que, en base a lo dispuesto en la normativa del ramo, se sirva tener por presentado recurso respectivo, [ordenando pagar / ampliar / dejar sin efecto el rechazo / resolver los problemas de pago de mis licencias médicas]

Nombre apellido

RUN