

Santiago, agosto 2020.

Estimado(a) Prestador(a):

Junto con saludarlos, les informamos que a partir del **15 de Septiembre de 2020 se eliminará el “Vale Vista” como modalidad de pago de prestaciones MLE.**

Si usted ha mantenido este medio de pago en forma exclusiva, por favor actualice su información con un medio de transferencia electrónica para no detener el pago.

Para conocer las modalidades de pago vigentes que usted puede seleccionar, por favor ingrese a la web de Fonasa, portal prestador, y elija las opciones que se indican allí. En caso que no posea clave para acceder al Portal Prestador, podrá solicitar su identificación como usuario en consulta_prestadores@fonasa.cl

www.Fonasa.cl → Ir Prestadores → Consulta Pago prestadores → Visualiza
Modalidad de Pago MLE
(<https://consultapagoprestadores.fonasa.cl/PagoPrestadores/#!/login>)

Para actualizar su medio de cobro, deberá enviar el formulario “Mandato de Pago” que se adjunta a este correo electrónico a pagoprestadoresmle@fonasa.cl e incluir lo siguiente:

Prestadores de 1° Categoría Tributaria	Prestadores de 2° Categoría Tributaria
<ul style="list-style-type: none">- Rol Único de SII.- Cédula de identidad de representante legal.- Mandato. (Adjunto)	<ul style="list-style-type: none">- Cédula de identidad del profesional.- Mandato. (Adjunto)

La cuenta bancaria que habilite como prestador, deberá cumplir con las siguientes condiciones:

- Tipo de cuenta: cuenta corriente, cuenta vista, cuenta de ahorro o chequera electrónica.
- El titular de la cuenta debe ser el prestador en convenio o representante legal. (excluye cuentas de tercero o bipersonales)

Agradecemos su colaboración en la atención de los beneficiarios de Fonasa y recuerde que ante cualquier inquietud puede contactarnos en pagoprestadoresmle@fonasa.cl.

A handwritten signature in black ink, consisting of a large, stylized 'B' and 'A' followed by a horizontal line and a small flourish.

BENJAMÍN AHUMADA ROJAS
JEFE (S) DIVISIÓN GESTIÓN FINANCIERA
FONDO NACIONAL DE SALUD



MANDATO DE PAGO Prestadores Modalidad Libre elección

Yo, _____ RUT* _____

Autorizo al Fondo Nacional de Salud efectuar el pago de sobres en cobranza por prestaciones médicas realizadas por el prestador, RUT (institución o profesional) _____, mediante:

☐ Abono en Cuenta

Nº** _____

Banco _____

Tipo de Cuenta*** _____

Este mandato deberá ser revocado en forma escrita, al momento de desistir de este servicio.

_____ de _____ 2020.

Firma _____

*La actualización de este mandato de pago puede ser realizada sólo por el titular de las cobranzas o representante legal.

**Los abonos se realizarán sólo en aquellas cuentas bancarias en que el restador sea titular.

***Se debe especificar si la cuenta es Corriente, Cuenta de Ahorro, Vista o Chequera Electrónica