



SOLICITUD DE REEMBOLSO POR GASTOS MEDICOS



MINISTERIO DEL PODER POPULAR DE AGRICULTURA URBANA

Datos del titular

Apellidos y Nombres _____ Telefono _____
Cedula de Identidad _____ Unidad Administrativa _____
Estado _____ Centro de Costo _____

Datos del solicitante

Apellidos y Nombres _____
Cedula de Identidad _____ Parentesco _____

Documentos Consignados

Informes medicos Ordenes de Examen Medico Recipes Medicos Facturas

Factura #1	_____	Monto	_____, _____
Factura #2	_____	Monto	_____, _____
Factura #3	_____	Monto	_____, _____
Factura #4	_____	Monto	_____, _____
Factura #5	_____	Monto	_____, _____
Factura #6	_____	Monto	_____, _____
Factura #7	_____	Monto	_____, _____
Factura #8	_____	Monto	_____, _____
Factura #9	_____	Monto	_____, _____
Factura #10	_____	Monto	_____, _____
Factura #11	_____	Monto	_____, _____
Factura #12	_____	Monto	_____, _____
		Total	_____, _____
		* Aprobado	_____, _____

Observaciones

(*) Campos para ser llenados solo por el Fondo Autoadministrado de Salud

