Solicitud de Reembolso y Carta Aval
(Sistema Autogestionado de Salud)

Datos del Titular (Trabajador, Jubilado o Pensionado)

Nombre y Apellido	Nº de Personal	Cédula Identidad	Tipo Nómina	Nº Ext. Teléfono / Habitación

Gerencia	División / Departamento

Datos del Beneficiario

Nombre y Apellido	Cédula Identidad	Parentesco

Monto del Presupuesto por Carta Aval	Monto Solicitado por Reembolso

Recaudos a Consignar por Carta Aval

Original de:

- ☐ Informe Amplio y Detallado del Médico Tratante
- ☐ Presupuesto Vigente Emitido por la Clínica Convenida, Incluyendo los Gastos por Honorarios Médicos
- ☐ En caso de Accidente, carta narrativa de los hechos e informe de las autoridades que intervinieron en el caso

Fotocopia del:

- ☐ Exámenes Pre-operatorios que diagnostique la enfermedad y demás documentos soportes

Recaudos a Consignar por Reembolso (Plazo 90 días)

- ☐ HCM ☐ Gastos Ambulatorios

Original de:

- ☐ Informe Amplio y Detallado del Médico Tratante y factura
- ☐ Facturas de Farmacia con sus Tickets de Caja Registradora y/o factura del médico
- ☐ Récipes e Indicaciones Médicas
- ☐ En caso de Accidente, carta narrativa de los hechos e informe de las autoridades que intervinieron en el caso

Fotocopia del:

- ☐ Resultado del estudio o Laboratorio realizado
- ☐ Exámenes Diagnóstico de la Enfermedad

- ☐ Gastos PTP

Original de:

- ☐ RH-361 Orden de Farmacia (PTP)
- ☐ Facturas de Farmacia con sus Tickets de Caja Registradora

- ☐ Gastos PTP Especial

Original de:

- ☐ Récipes e Indicaciones Médicas
- ☐ Facturas de Farmacia con sus Tickets de Caja Registradora
- ☐ Facturas del servicio recibido.

Fotocopia de:

- ☐ Informe Médico o Indicación del estudio solicitado
- ☐ Resultado del estudio o Laboratorio realizado

Diagnóstico:

Observaciones:

Nota: Solo el Beneficiario-Titular puede retirar la Carta Aval solicitada o a quien autorice por escrito.

Elaborado:	Recibido: Analista Administración de Salud
Nombre y Apellido:	Nombre y Apellido:
Nº de Personal:	Nº de Personal:
Fecha Firma	Fecha Firma