



SOLIDARIDAD SACERDOTAL SANTA ROSA
CONFERENCIA EPISCOPAL PERUANA

Servicio Eclesiástico de Salud

SOLICITUD DE REEMBOLSO
SERVICIO DE ASISTENCIA MÉDICA HOSPITALARIA

INFORME MEDICO

DIOCESIS O CONGREGACION.....
NOMBRE DEL ASOCIADO.....
EDAD.....COD. SSSR.....FECHA DE RECEPCION.....
Hacer el cheque a nombre de.....
Teléfono y dirección e-mail para contactar:.....

SERVICIO MEDICO PRESTADO:

HOSPITALIZACION.....AMBULATORIO.....

FECHA DE NACIMIENTO.....SEXO.....

FECHA DE INGRESO.....

HISTORIA CLINICA.....
.....
.....
.....
.....

DIAGNOSTICO.....
.....
.....
.....

TRATAMIENTO.....
.....
.....
.....
.....

DESCANSO DEL.....

OBSERVACIONES.....
.....
.....
.....
.....

FECHA DE ALTA.....

MEDICO TRATANTE

LIMA, de de 20.....

"SOLIDARIOS LOS UNOS CON LOS OTROS"

SOLO PARA SER LLENADO POR LA OFICINA DE SSSR

LIQUIDACION: SERVICIO MEDICO PRESTADO

Atención medico Hospitalaria

- Intervención quirúrgica
- Pequeña cirugía sin internación
- Emergencia.....
- Análisis ()
- Consultas ()
- Rayos X ()
- Medicamentos
- Ecografías ()
- Resonancias ()
- Otros (especifique).....

Fechas de presentación del expediente al Auditor medico.....
.....
.....
.....

Total Gastos (presentados).....

Total según recibos honorarios o boletas electrónicas válidos presentados.....

Cantidad Autorizada por SSSR.....

Fecha de cancelación:.....

EJECUTIVO SSSR

LIMA,.....de.....de 20.....

“SOLIDARIOS LOS UNOS CON LOS OTROS“