



SE SOLICITA REEMBOLSO POR GASTOS MÉDICOS. SE ACOMPAÑAN DOCUMENTOS.-

SEÑOR
DIRECTOR EJECUTIVO DEL INSTITUTO HONDUREÑO DE SEGURIDAD SOCIAL (I.H.S.S.)

Yo _____,
mayor de edad, hondureño (a), y de éste domicilio, con Tarjeta de Identidad N° _____, y con Carné de Afiliación N° _____, con
residencia en la Colonia _____, con teléfonos N° _____,
_____; empleado (a) de la Empresa _____, con inscripción patronal N° _____.

Con el debido respeto comparezco Ante Usted Señor Director a solicitar:

Se adjuntan los siguientes documentos:

- 1. Fotocopia de Tarjeta de Identidad
- 2. Fotocopia de Carné de Afiliación
- 3. Fotocopia de Comprobante de Vigencia de Derechos
- 4. Recetas Médicas (Originales)
- 5. Facturas Con N° _____ (Originales).....
- 6. Orden de Examen (Original)
- 7. Aviso (Original)
- 8. Historial Clínico (Original)
- 9. Otros
-
-

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

☐

Al señor Director Ejecutivo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, respetuosamente **PIDO**: Admitir el presente escrito, juntamente con los documentos que se acompañan, darle el trámite de Ley correspondiente y en definitiva resolver de conformidad a derecho.

Tegucigalpa, M.D.C., _____ del mes de _____ del 201____.

FIRMA