

La Paz.....de.....de .....

Sr. Sof. Incl. Ing. Carlos Rimberto Lipa Choque  
**JEFE DE LA UNIDAD ADMINISTRATIVA FINANCIERA**  
**HOSPITAL MILITAR CENTRAL "COSSMIL"**

Presente. -

Señor Suboficial:

Tengo a bien dirigirme a Usted, a objeto de solicitar la **DEVOLUCION POR COMPRA DE SERVICIOS MEDICOS DE**.....

Nombre del paciente:.....

Monto total en Bs..... N° de Factura: .....

Para este fin adjunto documentación requerida:

1. Factura Original
2. Fotocopia simple de la Factura
3. Fotocopia LEGALIZADA de la factura (por el médico o clínica) para montos mayores a Bs 2.500.-
4. Fotocopia de resultados del estudio y/o informe médico realizado
5. Fotocopia del Formulario de Compra de Servicios (del estudio realizado)
6. Fotocopia de carnet de Identidad del paciente y de asegurado de COSSMIL del paciente biometrizado y vigente

**1. COBROS EXCEPCIONALES: PARA LA DEVOLUCION A TERCERAS PERSONAS (ESPOSA (O), HIJA(O), PADRE O MADRE DEL MENOR DE EDAD LLENE Y ADJUNTE:**

- Fotocopia de Carnet de identidad
- Fotocopia de carnet de asegurado de COSSMIL, de no contar con el seguro, adjuntar certificado de matrimonio para esposo (a) y/o certificado de nacimiento del hijo (a) o del paciente menor de edad.

**DECLARACIÓN JURADA PARA DEVOLUCION A PARIENTES DEL PACIENTE**

Yo ..... con C.I. N° ..... en calidad de ..... **DECLARO** ser la persona que erogo los gastos médicos solicitados, deslindando de toda responsabilidad administrativa y legal al HMC-COSSMIL que pudiera surgir posteriormente.

**2. PARA DEVOLUCION A TRAVÉS DE DEPÓSITO BANCARIO SOLO A BANCO UNION LLENE AQUÍ:**

Yo ..... en calidad de ..... **AUTORIZO** a la U.A.F. del H.M.C. la devolución del gasto a través de depósito bancario al Banco Unión según Extracto Bancario, Comprobante de depósito, o UNINET adjunto.

.....  
**FIRMA DEL PACIENTE o SOLICITANTE**

Nombre del solicitante..... Cel. ....  
Otro Telf. De Referencia : .....